



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**ANA CAROLINA KLEIN
LUANA MARIA BENTO**

**PROCESSO DE TRABALHO EM REABILITAÇÃO: A PERSPECTIVA DE QUEM
CUIDA E DE QUEM É CUIDADO**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

ANA CAROLINA KLEIN E LUANA MARIA BENTO

**PROCESSO DE TRABALHO EM REABILITAÇÃO: A PERSPECTIVA DE QUEM
CUIDA E DE QUEM É CUIDADO**

Trabalho de conclusão de curso, referente à
disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162)
do Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: PROFESSORA DRA. SORAIA
DORNELLES SCHOELLER

Coorientador: PROFESSOR DDO. JORGE
LORENZETTI

**FLORIANÓPOLIS
2012**

FOLHA DE APROVAÇÃO DA BANCA COM ASSINATURAS

LUANA MARIA BENTO

Processo de trabalho em reabilitação: a perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ªUC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora





Florianópolis, 04 de dezembro de 2012.

EDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho a Deus,
Às nossas famílias,
E aos nossos namorados, Thiago e João Luiz.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradecemos a Deus, por termos a certeza de que Ele esteve presente em todos os momentos desta jornada, nos dando força para continuarmos até nos momentos mais difíceis de nossas vidas;

Às nossas famílias, nossas bases, por terem nos proporcionado estudo de qualidade, pela confiança em nós depositada, pelo amor, carinho e compreensão;

Aos nossos namorados, Thiago e João Luiz, por toda a paciência, amor e carinho. Sem eles, não teríamos conseguido chegar até aqui;

Aos nossos amigos, por terem entendido nossas ausências e se fazerem presentes nos momentos em que mais precisávamos;

Aos nossos professores, Soraia e Jorge, por toda confiança em nós depositada, por todo o apoio no desenvolver deste trabalho e pela amizade que construímos ao longo desta jornada.

EPÍGRAFE

“Quero te dar graças, SENHOR, de todo o coração, proclamar todas as tuas maravilhas”

Salmos 9:2

RESUMO DO TCC COM PALAVRAS CHAVES

RESUMO: Este estudo diz respeito ao processo de trabalho em reabilitação, na percepção do usuário e do trabalhador. Teve sua temática norteadas por três pilares centrais: deficiência, processo de trabalho e humanização. Integra um dos Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi realizado junto à disciplina Estágio Supervisionado II e teve como campo de estágio o Centro Catarinense de Reabilitação. Buscando compreender o processo de trabalho realizado junto às pessoas que apresentam lesão medular, desenvolveu-se este estudo com 10 usuários e 22 trabalhadores. Optou-se trabalhar com triangulação de dados, a fim de se compreender o processo de trabalho em reabilitação pela percepção de quem cuida e de quem é cuidado. Os dados triangulados partiram das informações coletadas nas entrevistas com trabalhadores e usuários; observação sistemática; e análise documental dos prontuários dos usuários entrevistados. Caracterizou usuários com lesão medular e a equipe profissional que atua junto a essas pessoas. Identificou aspectos do processo de trabalho que favorecem e aspectos que dificultam a reabilitação na percepção dos usuários e trabalhadores. Esperamos, contudo, que este estudo contribua com as equipes que trabalham em reabilitação e inspire novos estudos, para que esta temática seja aprofundada e os usuários, foco do nosso trabalho, sejam melhores atendidos em suas demandas.

DESCRITORES: gestão em saúde, humanização da assistencial, reabilitação, medula espinhal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Marco referencial.....	12
-----------------------------------	----

LISTA DE SIGLAS

CCR = Centro Catarinense de Reabilitação

FAF = Ferimento por Arma de Fogo

IDSUS = Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

NASF = Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS = Organização Mundial da Saúde

PNASH = Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNH = Política de Humanização da Atenção e da Gestão

SUS = Sistema Único de Saúde

TCC = Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE = Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	13
2.1. Objetivo geral	13
2.2. Objetivos específicos	13
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1. Processo de trabalho em saúde e reabilitação	14
3.2. Humanização em saúde	16
3.3. Deficiência física.....	18
4. METODOLOGIA.....	22
4.1. Delineamento do estudo.....	22
4.2. Local do estudo.....	23
4.3. População alvo e amostra	23
4.4. Coleta de dados	24
4.5. Organização e análise dos dados	25
5. RESULTADOS APRESENTADOS EM FORMA DE ARTIGO	27
PROCESSO DE TRABALHO EM REABILITAÇÃO: A PERSPECTIVA DE QUEM CUIDA E DE QUEM É CUIDADO	27
INTRODUÇÃO.....	28
METODOLOGIA	30
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33
Caracterização dos usuários com lesão medular atendidos no CCR (ANEXO II)	33
Caracterização da equipe profissional do CCR que atua junto às pessoas com lesão medular (ANEXO III)	35

Identificação dos aspectos do processo de trabalho que favorecem a reabilitação na percepção dos usuários e trabalhadores	36
Identificação dos aspectos do processo de trabalho que dificultam a reabilitação na percepção dos usuários e trabalhadores	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
7. REFERÊNCIAS	53
8. APÊNDICES	56
9. ANEXOS.	66

1. INTRODUÇÃO

No Brasil em 2010 ocorreram 143.256 óbitos por causas externas, sendo 4.086 no estado de Santa Catarina. Neste mesmo estado, por estas mesmas causas, na faixa etária de 15-19 anos ocorreram 353 óbitos; na faixa etária de 20-29 anos ocorreram 1000 óbitos; e na faixa etária 30-39 anos 792 óbitos (DATASUS, 2012). Evidencia-se assim, que o maior número de óbitos registrados em 2010 em Santa Catarina, devido às causas externas, faz menção à faixa etária de 20-29 anos. Desses 1000 óbitos, 851 se referem ao sexo masculino e 149 ao sexo feminino. Dos 143.256 óbitos por causas externas ocorridos em 2010 no Brasil, 50.380 ocorreram em vias públicas, o que confirma os acidentes de trânsito como os grandes responsáveis por estas mortes.

Entende-se por causas externas, acidentes e violências, incluindo acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, fumaça, fogo e chamas, envenenamentos e intoxicações, suicídio, agressões, eventos indeterminados, intervenções legais, dentre outras (BRASIL, 2001).

Uma pesquisa realizada pela Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (2012), evidencia que a maior parcela das vítimas de acidentes e violências sobrevive a esses acontecimentos, requerendo atenção dos serviços de saúde. A mesma pesquisa mostra que no Brasil, na última década, para cada óbito em acidente de trânsito, as estatísticas oficiais registraram aproximadamente 13 feridos. Logo, em maior ou menor grau, as pessoas que sobrevivem aos acidentes de trânsito demandam assistência médico-hospitalar.

Pouco se sabe e quase nada se fala do expressivo contingente de vítimas "não-fatais" dos vários acidentes e violências. As vítimas "não-fatais" são a face oculta das Causas Externas no Brasil. Em que circunstâncias ocorrem seus ferimentos? Em que condições de saúde sobrevivem essas pessoas aos eventos traumáticos dos quais são vítimas? Não se dispõe de informações seguras sequer para afirmar que parcela dessas vítimas torna-se portadora de graves incapacidades físicas e dependerá, por conseguinte, da assistência de serviços de saúde para o resto de suas vidas (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2012, Disponível em: <<http://www.sarah.br/>>).

Parte dessas vítimas virá a apresentar alguma deficiência: alterações em suas formas e/ou funções físicas e/ou mentais (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2012, Disponível em: <<http://www.sarah.br/>>). Medeiros & Diniz (2004) afirmam que o modelo médico identifica a pessoa deficiente como alguém com algum tipo de inadequação para a sociedade, em contrapartida, o modelo social inverte o argumento e identifica a deficiência na inadequação da sociedade para a inclusão de todos, sem exceção. *“Se para o*

modelo médico, lesão levava à deficiência, para o modelo social, sistemas sociais excludentes levavam pessoas com lesões à experiência da deficiência” (MEDEIROS & DINIZ, 2004, p. 2).

Para ilustrar, imaginemos a seguinte cena: um cidadão paraplégico em sua cadeira de rodas em frente aos degraus que dariam acesso ao primeiro andar de um prédio. Como se sente este cidadão? Como se sentem as pessoas que o observam? Como se sente o arquiteto desse prédio? Será que as pessoas sentem pena, dó? O que sente o arquiteto? Ele lembra que construiu um prédio inacessível aos portadores de deficiência física? Contudo, o cidadão se sente incapaz de realizar suas tarefas.

A pessoa é o principal foco na concepção social, antepondo-se à deficiência. O que deve ser observado é sua autonomia e capacidade em determinar sua história de vida. Martins (2008) afirma que a pessoa com deficiência possui uma história de vida que lhe confere a realidade de possuir essa deficiência, mas, além disso, há também outras experiências, como estrutura familiar, contexto sócio-cultural e nível econômico. A deficiência, seja ela física, sensorial ou intelectual, não deve interferir e nem impor limites na maneira como a pessoa irá gerir sua vida.

Neste contexto, a sociedade interfere na vida da pessoa com deficiência de forma contundente, favorável ou desfavoravelmente ao seu desenvolvimento pessoal e social. A magnitude do tema deficiência *versus* cuidado é inversamente proporcional à relevância que o assunto é tratado durante a graduação do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); fato evidenciado pelas acadêmicas no decorrer da graduação. A pouca relevância pode determinar profissionais não preparados a desenvolver um processo de trabalho adequado à reabilitação dos usuários.

Faria, et al (2009) apresenta o processo de trabalho como o modo pelo qual desenvolvemos nossas atividades profissionais. Tal processo engloba quatro eixos fundamentais: (1) Objetos de trabalho: são objetos a serem transformados, podendo ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais; (2) Meios de trabalho ou Instrumento: podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas podem incluir conhecimentos e habilidades; (3) Força de trabalho: é composta pelos trabalhadores, os quais são responsáveis pela realização do transformar objetos para se atingir fins previamente estabelecidos; (4) Finalidade: visa satisfazer as necessidades e expectativas dos homens, no seu contexto social e histórico.

Partindo da perspectiva de Humanização como Política Pública de Saúde, entende-se o processo de trabalho como parte fundamental do serviço prestado ao usuário pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Brasil (2010), o processo de trabalho nos serviços de saúde possibilita a identificação de pontos críticos e a elaboração de estratégias de intervenção para os mesmos, através de uma abordagem mais eficaz e integral.

A humanização, conceituada pelo Ministério da Saúde através da Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) em 2003, constitui-se basicamente na inclusão dos usuários no SUS; Em outras palavras, trata-se de uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e co-responsabilidade, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de pessoas e coletivos (BRASIL, 2010).

A partir destes três pilares (deficiência, processo de trabalho e humanização), este estudo pretendeu conhecer como acontece o processo de trabalho no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR).

Dessa forma, tem-se como pergunta norteadora do estudo: **“Como é o processo de trabalho dos funcionários do CCR na assistência à pessoa com lesão medular?”**.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Compreender o processo de trabalho realizado junto à pessoa com lesão medular.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar os usuários com lesão medular atendidos no CCR;
- Caracterizar a equipe profissional do CCR que atua junto às pessoas com lesão medular;
- Identificar aspectos do processo de trabalho que favorecem a reabilitação na percepção dos usuários e trabalhadores;
- Identificar aspectos do processo de trabalho que dificultam a reabilitação na percepção dos usuários e trabalhadores.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura deste estudo foi do tipo intencional, pesquisamos os assuntos por nós abordados em artigos que consideramos ser relevantes a nossa pesquisa, os mesmos indexados em períodos eletrônico nas bases de dados scielo, bvs e lilacs, além de livros que abordaram a temática do estudo. Tal revisão partiu de três pilares centrais: **processo de trabalho, deficiência física e humanização**, visto que, conforme os objetivos, procura-se investigar como ocorre o processo de trabalho em um Centro de Reabilitação para deficientes físicos, através da perspectiva de humanização do SUS.

A figura abaixo evidencia o marco referencial utilizado para a realização da pesquisa.

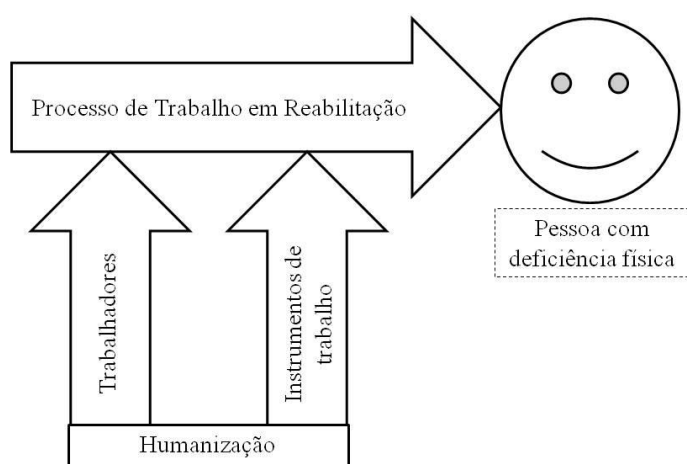


Figura 1: Marco referencial.

3.1. Processo de trabalho em saúde e reabilitação

O processo de trabalho em saúde constitui-se em uma prestação de serviços, com uma característica especial, em que o objeto de trabalho é outra pessoa – o usuário – o qual não participa apenas fornecendo informações, mas executando ações, tornando-se sujeito da ação. Faz-se necessário, conseqüentemente, que exista o estabelecimento de uma comunicação eficaz entre quem presta e recebe o serviço. (FARIA, 2009, p. 65).

Faria, et al (2009) afirmam que o processo de trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens executam uma função, através de meios de trabalho, transformando-os para que se obtenha um determinado produto com alguma utilidade. A finalidade é quem determina todo o processo de trabalho, de modo que estabelece critérios e parâmetros para a realização do mesmo.

Portanto, o processo de trabalho se dá nas seguintes etapas: há um objetivo (finalidade) a ser cumprido; a partir do objetivo buscam-se objetos a serem transformados; estes são transformados pela força de trabalho (homens) através de instrumentos conhecidos como “meios de trabalho”, correspondentes às máquinas e similares.

Os componentes do processo de trabalho, segundo Faria, et al (2009), incluindo até seus fins, execução e avaliação, podem sofrer modificações, a partir do momento em que se avalia a efetividade, ou seja, se foram alcançados os objetivos. Dessa forma, a avaliação apresenta-se como um instrumento para crítica de todo o processo e da forma como foi executado.

Segundo Faria, et al (2009), em uma prestação de serviços, o produto não depende da modificação de objetos, mas criar ou produzir condições ou estados para as pessoas que demandam dos serviços. Considera-se, então, que os agentes do processo de trabalho também são modificados pelo exercício de sua atividade e pelos resultados obtidos, principalmente quando a prestação de serviços se baseia em relações interpessoais entre prestador de serviço e usuário. Nesses casos, a dimensão do trabalho do prestador de serviços é o objetivo central de suas atividades, de forma que visa e possibilita alguma modificação no usuário.

Pires (2009) afirma que a enfermagem tem potencial para uma maior aproximação com as múltiplas dimensões do objeto de trabalho em saúde.

O entendimento sobre características e necessidades do objeto de trabalho, bem como o maior ou menor domínio sobre o processo de trabalho, tem consequências na capacidade dos profissionais intervirem, mais ou menos criativamente, na definição de suas ações, com vistas a atingir as finalidades do seu trabalho. As normas institucionais estabelecem os papéis de cada grupo profissional e a coordenação do trabalho coletivo (PIRES, 2009).

Considerando a enfermagem no âmbito profissional, como um campo de trabalho na saúde, faz-se necessário que se construa e defenda um modelo de organização do trabalho que considere o direito à saúde, bem como a garantia dos direitos do usuário, a fim de que se possibilite a expressão da subjetividade e do prazer criativo do trabalho na profissão. Além do

que, há de se considerar os múltiplos profissionais envolvidos no trabalho coletivo em saúde, em suas diferenças, individuais e culturais, apresentadas como desafios para o cotidiano no trabalho (PIRES, 2009).

Utilizando-se de uma analogia, pode-se fazer uma associação entre as atividades do CCR com o processo de trabalho, de forma que se identifiquem objeto, meios de trabalho, força de trabalho e finalidade ou objetivos. Levando-se em consideração de que a finalidade rege o processo de trabalho, estipula-se como **finalidade**, portanto, a reabilitação do usuário com lesão medular. O **objeto** de trabalho passa a ser a pessoa, também responsável pela sua reabilitação, ou seja, o usuário. Os **meios de trabalho** incluem desde os materiais utilizados, como equipamentos, computadores, prontuários, consultórios, próteses, órteses, dentre outros materiais que auxiliem os profissionais e o usuário em sua reabilitação. Por fim, a **força de trabalho** é representada por todos os profissionais que influenciam e que executam a ação, a qual visa o objetivo principal (reabilitar o usuário).

No processo de trabalho em serviços de saúde, existe a necessidade de avaliação crítica constante, de forma que se questione a forma como são definidos os objetivos de trabalho da equipe; se os recursos disponíveis são suficientes; se a equipe considera-se capacitada, dentre outros questionamentos. A avaliação constante faz-se necessária, já que o objeto de trabalho – e também agente de ação – é um ser humano, com seus costumes, crenças, dificuldades, anseios e necessidades.

3.2. Humanização em saúde

A PNH é uma iniciativa inovadora no SUS. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde (BRASIL, 2010).

Em 2003, como estratégia de gestão e de melhoria do processo de trabalho, o Ministério da Saúde instituiu a PNH, de forma que o serviço prestado aos usuários fosse de qualidade (BRASIL, 2010). A formação dos profissionais se faz muito relevante para que a PNH seja implantada corretamente, pois auxilia na consolidação do método (diretrizes e dispositivos da PNH nos processos de trabalho) e faz-se um importante recurso de “capilarização” da política, pois assim os estudantes tornam-se conhecedores da mesma antes mesmo de entrar na vida profissional (BRASIL, 2010).

O exercício do método – a inclusão – deve considerar, necessariamente, que não se separe a gestão da clínica, que se promovam processos de comunicação para além da

hierarquia e do corporativismo, e que se aposte que os sujeitos são capazes de produzirem deslocamentos desde seus interesses mais imediatos, construindo processos de negociação, permitindo a criação de zonas de comunalidade e projetos comuns. (BRASIL, p. 9, 2010).

A inclusão, segundo Brasil (2010), tem o propósito de produzir novas pessoas capazes de ampliar suas redes de comunicação de forma que alterem as fronteiras do saber e do poder; e de conectar o campo da gestão às práticas de produção de saúde, já que estas derivam das condições institucionais que definem a organização como tarefa de gestão.

A PNH institui que a inclusão seja orientada por princípios e diretrizes, com orientações clínicas, políticas e éticas, de forma que ganham sentido na clínica ampliada, na democracia das relações, na valorização do trabalhador, na garantia dos direitos dos usuários e no fomento de redes. (BRASIL, 2010)

Tomando como foco a clínica ampliada, observa-se nesse recurso um importante auxiliador na reabilitação dos usuários deficientes físicos, pois não são portadores de patologia, mas de um agravo que os impossibilita de executar as tarefas normais do dia-dia. A clínica ampliada, segundo Brasil (2009), busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente **transdisciplinar**, e, conseqüentemente, multiprofissional. Coloca-se em discussão, na clínica ampliada, a fragmentação do processo de trabalho, fazendo-se necessário a criação de um contexto favorável para que se possa dialogar; falar de sentimento em relação aos temas e atividades não relacionadas à doença ou condição física, ou restritas ao núcleo profissional. A clínica ampliada apresenta-se como uma interação complexa entre as pessoas, ou seja, é a busca de autonomia da pessoa.

A proposta da clínica ampliada, segundo Brasil (2009) engloba cinco eixos fundamentais: (1) compreensão ampliada do processo saúde-doença, evitando uma abordagem que implique excessivamente em conhecimento científico, mas que busque a real condição da pessoa inserida no seu contexto; (2) construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, o que facilita a compreensão do estado da pessoa como um todo, e não com uma visão fragmentada; (3) ampliação do objeto de trabalho, outra vez, pensando na pessoa como um todo, sendo “pessoas que se responsabilizam por pessoas”, não por diagnósticos e patologias; (4) transformação dos meios ou instrumentos de trabalho, com necessidade de arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem a comunicação transversal entre a equipe, além da capacidade de escuta (do outro e de si mesmo), capacidade de abster-se das condutas de críticas, e de lidar com problemas sociais e subjetivos; (5) suporte para os profissionais de

saúde, pois a proximidade com o usuário sendo uma pessoa, enfrenta o ideal de “não-envolvimento”, sendo a principal proposta incluir o tema nas discussões de caso (em Projeto Terapêutico Singular), evitando a crítica aos profissionais que apresentem dificuldades.

Brasil (2009) ainda acrescenta como estratégias para a clínica ampliada, incluindo algumas: a escuta ativa; vínculo-afetivo entre profissional e usuário; diminuição do uso de medicamentos e pedidos de exames; prestar o cuidado adequado sem sentir-se culpado quando o usuário não segue as recomendações; ter com frequência o diálogo e a passagem de informações (passadas com linguagem adequada para o entendimento dos usuários); minimizar a importância da doença no cotidiano da pessoa, instigando a busca por novas situações.

A partir da complexidade da pessoa atendida pelo sistema de saúde, segundo Brasil (2009), o profissional pode perceber que muitos determinantes do problema não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Assim, mostra-se clara a necessidade do protagonismo da pessoa no processo de sua cura, através da autonomia.

E é nesse contexto que trabalha o Centro de Reabilitação, foco deste estudo: conferir à pessoa a autonomia e segurança necessárias para que o mesmo possa voltar as suas atividades cotidianas, de forma que a sua condição física não seja um agravante, mas apenas uma situação corriqueira com a qual possa lidar diariamente.

3.3. Deficiência física

Hesbeen, já em 1994, diferenciava três termos importantes no que diz respeito à lesão medular: **deficiência**, **incapacidade** e **desvantagem**. A **deficiência** é consequência de um distúrbio permanente ou transitório no organismo, comparado ao que se aceita como “normal”. Por sua vez, a **incapacidade** pode ser, ou não, devido a uma deficiência, ocasionando uma ligação entre ambas, visto que há uma limitação no desenvolver de atividades. A **desvantagem** ganha operacionalidade enquanto tradutora das dificuldades que a pessoa portadora de deficiência, ou incapacidade, enfrenta ao desempenhar as atividades diárias (SIMÕES, 2008).

Falta, carência e insuficiência são os significados da palavra **deficiência** no dicionário da língua portuguesa, Aurélio (2008). Dizer que uma pessoa é deficiente significa dizer que a mesma não dispõe de algo importante, por exemplo, o movimento das pernas; entretanto, não

significa dizer que a pessoa é impossibilitada de se locomover. Ambientes inacessíveis aumentam a percepção da deficiência pelo portador de deficiência e pelas pessoas ao seu entorno.

A lesão medular é parte das deficiências físicas. Segundo pesquisa realizada pela Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (2012), a lesão medular caracteriza-se pela interrupção da passagem de estímulos nervosos através da medula podendo ser de origem traumática ou não traumática. Define-se por lesão traumática aquela que resulta de um evento traumático, como por exemplo, acidentes automobilísticos; e lesão não-traumática, aquela proveniente de doenças, como hemorragias, tumores ou infecções. Há ainda uma segunda classificação, a qual divide a lesão medular em completa (quando não existe movimento abaixo do nível da lesão) e incompleta (quando há movimento voluntário abaixo do nível da lesão).

Tanto nas lesões completas, como nas incompletas, podemos encontrar situações em que não há lesão transversal total da medula. A caracterizar as lesões incompletas temos a preservação de alguma sensibilidade, ou mesmo actividade, abaixo do nível da lesão. Pode não ter ocorrido secção completa da medula, mas também podem estar associados fenómenos como contusões ou edemas, que comprometem a sensibilidade e a função motora. No entanto, estas situações permitem, à partida, alguma recuperação destas funções (SIMÕES, 2008, p. 22).

A pessoa que sofre traumatismo medular, segundo Simões (2008), está sujeito a um descontrolo fisiológico e consciente do corpo – ou de partes do corpo – devido à interrupção dos impulsos nervosos sensitivos e motores entre as estruturas cerebrais centrais e os locais abaixo do nível da lesão. Dentre as principais deficiências que acompanham o traumatismo, estão a paralisia e a perda de sensibilidade abaixo do nível da lesão. Tais alterações desencadeiam inúmeras disfunções para a pessoa, incluindo alterações vesicais, intestinais, sexuais e controlo de temperatura. *“Estas alterações vão provocar o aparecimento de inúmeras disfunções no indivíduo, provocando um impacto psicológico e emocional desgastante”* (Simões, 2008, p. 4).

Simões (2008) afirma que, dentre as limitações da lesão medular, muitas interferem na capacidade de satisfação de certas actividades cotidianas, como sentar-se, por exemplo, devido às alterações de contratura muscular (hipertonicidade ou hiperactividade reflexa). Nas alterações vesicais, podem ocorrer diversas alterações, dependendo do nível da lesão, como bexiga reflexa ou autónoma; e em alguns casos, são comuns as infecções urinárias. Tal

diversidade de alteração também é encontrada no trato gastrointestinal, incluindo constipação, fezes ressequidas.

Em relação às alterações sexuais, Simões (2008) afirma que os estímulos continuam presentes, mas adquirem características diferentes, dependendo do sexo (homem ou mulher). Nos homens, existe a dificuldade para ereção, ejaculação e diminuição da fertilidade; na mulher, não há comprometimento da fertilidade, mas a capacidade de gestação fica comprometida.

Existem também as chamadas “alterações indiretas”, que segundo Simões (2008), provêm da incapacidade ou diminuição da resposta do organismo a estímulos externos. Incluem-se as úlceras por pressão, contracturas e alterações no metabolismo do cálcio, as quais dependem do grau de influência da lesão. Além das alterações fisiológicas, Simões (2008) afirma que ao nível social, o impacto do trauma medular tem grande repercussão, implicando na necessidade por parte do Estado de criar medidas de apoio às pessoas com lesão medular.

O Plano Operativo para a Organização da Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física em Santa Catarina (2008) visa garantir a resolutividade dos problemas de saúde dos portadores de deficiência, em qualquer nível de atenção, seja ele primário, intermediário ou de referência.

Em um processo de reabilitação, o programa normalmente tem como objetivo, segundo Simões (2008), contribuir para que a pessoa seja capaz de ultrapassar barreiras, decorrentes de sua nova condição física, as quais se traduzem por incapacidade na locomoção, no posicionamento do corpo, no cuidado pessoal (relacionado à atividade excretora, higiene, vestuário e alimentação), na destreza e no comportamento.

A reabilitação encara a pessoa com deficiência como um cidadão que, devido à deficiência, não realiza suas atividades/funções da mesma forma que um cidadão sem deficiência, mas não como uma pessoa incapaz de realizá-las. A reabilitação objetiva reabilitar = habilitar novamente a pessoa, contudo, irá dispor de outros meios para alcançar tal finalidade.

Segundo Simões (2008), a reabilitação da pessoa com lesão medular consiste em conceder as competências para que o mesmo possa afirmar-se de novo como pessoa, incentivando-o à busca pela autonomia, para que acredite em si, mesmo que diferente daquilo que era, aceitando-se como está, apesar de limitado fisicamente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu Relatório Mundial sobre a Deficiência (2011) a experiência da deficiência não é a mesma para todas as pessoas que apresentam alguma limitação. Em uma hipótese de que duas pessoas amputem o braço direito; mesmo se tratando do mesmo procedimento, a experiência das pessoas será diferente, pois se tratam de pessoas diferentes, com problemas de saúde diferentes, fatores pessoais e fatores ambientais que variam muito.

O artigo 5 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2008) afirma que *“o direito à igualdade perante a lei e em virtude dela é tido como regra de equilíbrio entre as pessoas que têm e as que não têm uma deficiência”* (RESENDE, 2008, p. 35). Em outras palavras, devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais. Não se pode restringir a pessoa com deficiência em razão da deficiência. Os serviços, obrigatoriamente, devem atender as pessoas portadoras de deficiência.

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, desenvolvido por acadêmicas da 8ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina durante o período da disciplina “Estágio Supervisionado II”. O estágio foi realizado no segundo semestre de 2012, em um Centro de Reabilitação referência para o estado de Santa Catarina na área de reabilitação e confecção de órteses e próteses via SUS.

O estudo de caso, segundo Yin (2001), é a estratégia mais escolhida para examinar acontecimentos contemporâneos; esse método conta com muitas técnicas utilizadas em pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências não utilizadas pelo historiador: **observação direta e série sistemática de entrevistas**. O estudo de caso tem a capacidade de lidar com variedades de evidências, como documentos, entrevistas e observações.

O método de estudo de caso, segundo Yin (2001), pode ser utilizado quando o pesquisador pretende lidar com condições contextuais, considerando-as pertinentes ao seu fenômeno de estudo; trata-se de uma investigação empírica em que *“investiga um fenômeno contemporâneo da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”* (Yin, 2001, p. 32). A coleta de dados no estudo de caso enfrenta, segundo Yin (2001), uma situação única, em que estarão expostas mais variáveis de interesse e que se baseia em várias fontes de evidências, precisando convergir em uma triangulação, necessitando de uma organização prévia para conduzir a coleta e análise de dados.

Escolheu-se trabalhar com triangulação de dados, a fim de se compreender o processo de trabalho em reabilitação pela percepção de quem cuida e de quem é cuidado. Ou seja, os dados a serem triangulados partiram das informações coletadas nas entrevistas com profissionais e usuários, bem como, a partir de observação sistemática e análise documental dos prontuários dos usuários entrevistados. Tal técnica visa ampliar a compreensão, uma vez que, utiliza três formas de abordagem (TRIVIÑOS, 1995).

Seguiu-se o seguinte itinerário, a fim de que se realizasse a investigação sobre o processo de trabalho realizado em reabilitação no CCR:

1. Contato com o campo de estudo e apresentação da proposta;
2. Contato com os usuários e apresentação da proposta;
3. Entrevista com os usuários;
4. Coleta de dados documental;
5. Observação do processo de trabalho dos profissionais;
6. Entrevista com os profissionais.

4.2. Local do estudo

Optou-se por desenvolver o estudo nesse Centro de Reabilitação devido à participação prévia das acadêmicas em um grupo de pesquisa, (Re)Habilitar, da mesma universidade, o qual visa o estudo da reabilitação de pacientes com lesão medular auxiliando nesse processo.

Além do interesse pela temática, reabilitação, houve também o interesse, por parte das acadêmicas no que diz respeito à gestão, visto que participam de um segundo grupo de pesquisa, Práxis, o qual possui como linha de pesquisa o processo de trabalho em saúde e a organização do trabalho.

O corpo de profissionais que trabalha atualmente no CCR, sem considerar os profissionais que estão afastados, é formado por: dez fisioterapeutas; três enfermeiros; quatro técnicos de enfermagem; um médico neurologista; um médico cardiologista; um médico ortopedista; dois médicos fisiatras; um nutricionista; um fonoaudiólogo; dois assistentes sociais; uma psicóloga e dois educadores físicos.

O horário de atendimento do CCR é de segunda-feira a sexta-feira das 7h às 19h.

4.3. População alvo e amostra

Participaram deste estudo os trabalhadores e os usuários com lesão medular participantes do programa de reabilitação do Centro Catarinense de Reabilitação.

Em relação aos trabalhadores, fizeram parte todos os envolvidos no programa de reabilitação voltado à pessoa com lesão medular, independente do nível de formação/categoria profissional. Não participaram da pesquisa os trabalhadores que não estavam presentes no CCR no momento destinado à realização das entrevistas. Assim como, a categoria profissional que possui mais de um profissional e o profissional não era o mais

antigo no serviço. Mediante explicação do projeto e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), APÊNDICE B, os funcionários foram convidados, em reunião, a participar da pesquisa. A participação foi confirmada mediante leitura, esclarecimento e assinatura do TCLE. No TCLE dos trabalhadores consta a licença para a observação sistemática não participativa e para a realização da entrevista.

Os usuários constaram das pessoas com lesão medular participantes do programa de reabilitação. A amostra deu-se por conveniência, incluindo apenas os usuários com lesão medular residentes no município de Florianópolis, inseridos no programa de reabilitação. Os mesmos foram convidados a participar do estudo após consulta de enfermagem. A participação foi confirmada mediante leitura e assinatura do TCLE, APÊNDICE A. No TCLE dos usuários consta a licença para a análise do prontuário e para a realização da entrevista.

4.4. Coleta de dados

A coleta de dados deu-se através de entrevistas semi-estruturadas, observação sistemática não participante e análise documental.

Para a entrevista do trabalhador, foi utilizado um roteiro, no qual constam questionamentos sobre dados pessoais, tais como idade, sexo, escolaridade, profissão, ocupação, estado civil, religião, tempo de formação, tempo de trabalho no CCR; informações essas, que objetivavam identificar o trabalhador que atuava junto à pessoa com lesão medular – APÊNDICE D.

Para a entrevista do usuário, foi utilizado um roteiro – APÊNDICE C – com questionamentos sobre dados pessoais, tais como idade, sexo, escolaridade, profissão, ocupação, rendimento familiar mensal, estado civil, religião, causa da lesão, data da lesão, fase do programa de reabilitação em que se encontra; informações essas, que visaram identificar o usuário e as alterações decorrentes de sua lesão.

A análise documental foi realizada a partir dos prontuários das pessoas com lesão medular que foram entrevistadas. A investigação teve como prioridades as anotações individuais dos profissionais, organização do prontuário, interação entre os profissionais de diferentes áreas, encaminhamentos, letra legível, informações duplicadas, entre outras, cujo formulário está explicitado no APÊNDICE E.

A observação do trabalho realizado pelos funcionários do CCR teve caráter sistemático não participativo e ocorreu no período de estágio. O estudo teve foco nas reuniões de equipe, nas consultas (profissionais de nível superior), além de observação dos profissionais que contribuem indiretamente para o processo de reabilitação, profissionais de serviços gerais e marcenaria, constantes do APÊNDICE F – Formulário de Observação.

4.5. Organização e análise dos dados

Os dados foram analisados seguindo a análise de dados proposta por Minayo, Deslandes & Gomes (2009). Há diversas maneiras para se analisar conteúdos de materiais de pesquisa, todavia, utilizamos a análise temática, pois nela, leva-se em conta o tema.

Dentre os procedimentos metodológicos utilizados na análise de conteúdo, usou-se os seguintes: (1) categorização, (2) inferência, (3) descrição e (4) interpretação (MINAYO, DESLANDES & GOMES, 2009).

As categorias utilizadas foram definidas previamente em:

- Caracterização dos atores envolvidos: usuários e trabalhadores.
- Categorias analíticas
 - ✓ Finalidade do Processo de Trabalho
 - ✓ Instrumentos do Processo de Trabalho
 - ✓ Gestão do Processo de Trabalho
 - Acolhimento;
 - Clínica ampliada e compartilhada;
 - Práticas coletivas de gestão;
 - Avaliação da assistência, indicadores da avaliação da assistência.

Em seguida, analisamos as entrevistas dos trabalhadores e usuários, o roteiro da análise dos prontuários e o roteiro da observação dos trabalhadores, objetivando encontrar as semelhanças entre as partes. Em uma análise, “o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados e buscando as relações entre as partes que foram decompostas” (MINAYO, DESLANDES & GOMES, 2009).

Posteriormente, descrevemos, fielmente, as falas dos trabalhadores e usuários. Em uma descrição, “*as opiniões dos informantes são apresentadas da maneira mais fiel possível, como se os dados falassem por si próprios*” (MINAYO, DESLANDES & GOMES, 2009).

Por fim, interpretamos os dados coletados a fim de compreender o processo de trabalho em reabilitação na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado. Em uma interpretação, “*buscam-se sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado*” (MINAYO, DESLANDES & GOMES, 2009).

4.6. Procedimentos éticos e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

As Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, contidas na Resolução 196/1996, serão seguidas.

O seguinte estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado através do parecer número 128.520 em 22/10/2012 (ANEXO I).

Foi distribuído aos participantes da pesquisa, usuários e trabalhadores, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES A e B), o qual continha esclarecimentos sobre o estudo e seus objetivos. Os participantes também foram informados quanto ao sigilo das informações fornecidas aos pesquisadores, as quais foram utilizadas somente nesta pesquisa e serão destruídas em cinco anos. Os pesquisadores deixaram os participantes com o poder de livre escolha, caso optassem em desistir da pesquisa, sem prejuízos.

Os trabalhadores foram informados da pesquisa, seus objetivos e o método de coleta de dados em seu horário de trabalho e a eles foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os usuários foram informados da pesquisa, seus objetivos e o método de coleta de dados em consulta com a enfermagem e a eles também foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para manter o anonimato, os trabalhadores foram identificados pela letra “T”, seguindo a ordem em que foram entrevistados e os usuários foram identificados pela letra “U”, seguindo a ordem em que foram entrevistados.

5. RESULTADOS APRESENTADOS EM FORMA DE ARTIGO

PROCESSO DE TRABALHO EM REABILITAÇÃO: A PERSPECTIVA DE QUEM CUIDA E DE QUEM É CUIDADO

Luana Maria Bento¹

Ana Carolina Klein²

Soraia Dornelles Schoeller³

Jorge Lorenzetti⁴

RESUMO: Este estudo diz respeito ao processo de trabalho em reabilitação, na percepção do usuário e do trabalhador. Teve sua temática norteadas por três pilares centrais: deficiência, processo de trabalho e humanização. Integra um dos Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi realizado junto à disciplina Estágio Supervisionado II e teve como campo de estágio o Centro Catarinense de Reabilitação. Buscando compreender o processo de trabalho realizado junto às pessoas que apresentam lesão medular, desenvolveu-se este estudo com 10 usuários e 22 trabalhadores. Optou-se trabalhar com triangulação de dados, a fim de se compreender o processo de trabalho em reabilitação pela percepção de quem cuida e de quem é cuidado. Os dados triangulados partiram das informações coletadas nas entrevistas com trabalhadores e usuários; observação sistemática; e análise documental dos prontuários dos usuários entrevistados. Caracterizou usuários com lesão medular e a equipe profissional que atua junto a essas pessoas. Identificou aspectos do processo de trabalho que favorecem e aspectos que dificultam a reabilitação na percepção dos usuários e trabalhadores. Esperamos, contudo, que

¹ Graduanda do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; Membro voluntário do Grupo Práxis – núcleo de estudos sobre trabalho, cidadania, saúde e enfermagem; Membro voluntário do Grupo (RE)Habilitar; luhbento@gmail.com.

² Graduanda do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; Membro voluntário do Grupo NUPEQUIS-SC - Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina; aniinha.carol@gmail.com.

³ Professora do Departamento de Enfermagem e colaboradora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC; Membro do Grupo Práxis.

⁴ Professor do Departamento de Enfermagem da UFSC; Membro do Grupo Práxis.

este estudo contribua com as equipes que trabalham em reabilitação e inspire novos estudos, para que esta temática seja aprofundada e os usuários, foco do nosso trabalho, sejam melhores atendidos em suas demandas.

DESCRITORES: gestão em saúde, humanização da assistencial, reabilitação, medula espinhal.

INTRODUÇÃO

No Brasil em 2010 ocorreram 143.256 óbitos por causas externas, sendo 4.086 no estado de Santa Catarina. Neste mesmo estado, por estas mesmas causas, na faixa etária de 15-19 anos ocorreram 353 óbitos; na faixa etária de 20-29 anos ocorreram 1000 óbitos; e na faixa etária 30-39 anos 792 óbitos (DATASUS, 2012). Evidencia-se assim, que o maior número de óbitos registrados em 2010 em Santa Catarina, devido às causas externas, faz menção à faixa etária de 20-29 anos. Desses 1000 óbitos, 851 se referem ao sexo masculino e 149 ao sexo feminino. Dos 143.256 óbitos por causas externas ocorridos em 2010 no Brasil, 50.380 ocorreram em vias públicas, o que confirma os acidentes de trânsito como os grandes responsáveis por estas mortes.

Entende-se por causas externas, acidentes e violências, incluindo acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, fumaça, fogo e chamas, envenenamentos e intoxicações, suicídio, agressões, eventos indeterminados, intervenções legais, dentre outras (BRASIL, 2001).

Uma pesquisa realizada pela Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (2012), evidencia que a maior parcela das vítimas de acidentes e violências sobrevive a esses acontecimentos, requerendo atenção dos serviços de saúde. A mesma pesquisa mostra que no Brasil, na última década, para cada óbito em acidente de trânsito, as estatísticas oficiais registraram aproximadamente 13 feridos. Logo, em maior ou menor grau, as pessoas que sobrevivem aos acidentes de trânsito demandam assistência médico-hospitalar.

Pouco se sabe e quase nada se fala do expressivo contingente de vítimas "não-fatais" dos vários acidentes e violências. As vítimas "não-fatais" são a face oculta das Causas Externas no Brasil. Em que circunstâncias ocorrem seus ferimentos? Em que condições de saúde sobrevivem essas pessoas aos eventos traumáticos dos quais são vítimas? Não se dispõe de informações seguras sequer para afirmar que parcela dessas vítimas torna-se portadora de graves incapacidades físicas e dependerá, por conseguinte, da assistência de serviços de saúde para o resto de suas vidas (REDE SARAH DE

HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2012, Disponível em: <<http://www.sarah.br/>>).

Parte dessas vítimas virá a apresentar alguma deficiência: alterações em suas formas e/ou funções físicas e/ou mentais (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2012, Disponível em: <<http://www.sarah.br/>>). Medeiros & Diniz (2004) afirmam que o modelo médico identifica a pessoa deficiente como alguém com algum tipo de inadequação para a sociedade, em contrapartida, o modelo social inverte o argumento e identifica a deficiência na inadequação da sociedade para a inclusão de todos, sem exceção. *“Se para o modelo médico, lesão levava à deficiência, para o modelo social, sistemas sociais excludentes levavam pessoas com lesões à experiência da deficiência”* (MEDEIROS & DINIZ, 2004, p. 2).

Para ilustrar, imaginemos a seguinte cena: um cidadão paraplégico em sua cadeira de rodas em frente aos degraus que dariam acesso ao primeiro andar de um prédio. Como se sente este cidadão? Como se sentem as pessoas que o observam? Como se sente o arquiteto desse prédio? Será que as pessoas sentem pena, dó? O que sente o arquiteto? Ele lembra que construiu um prédio inacessível aos portadores de deficiência física? Contudo, o cidadão se sente incapaz de realizar suas tarefas.

A pessoa é o principal foco na concepção social, antepondo-se à deficiência. O que deve ser observado é sua autonomia e capacidade em determinar sua história de vida. Martins (2008) afirma que a pessoa com deficiência possui uma história de vida que lhe confere a realidade de possuir essa deficiência, mas, além disso, há também outras experiências, como estrutura familiar, contexto sócio-cultural e nível econômico. A deficiência, seja ela física, sensorial ou intelectual, não deve interferir e nem impor limites na maneira como a pessoa irá gerir sua vida.

Neste contexto, a sociedade interfere na vida da pessoa com deficiência de forma contundente, favorável ou desfavoravelmente ao seu desenvolvimento pessoal e social. A magnitude do tema deficiência *versus* cuidado é inversamente proporcional à relevância que o assunto é tratado durante a graduação do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); fato evidenciado pelas acadêmicas no decorrer da graduação. A pouca relevância pode determinar profissionais não preparados a desenvolver um processo de trabalho adequado à reabilitação dos usuários.

Faria, et al (2009) apresenta o processo de trabalho como o modo pelo qual desenvolvemos nossas atividades profissionais. Tal processo engloba quatro eixos

fundamentais: (1) Objetos de trabalho: são objetos a serem transformados, podendo ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais; (2) Meios de trabalho ou Instrumento: podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas podem incluir conhecimentos e habilidades; (3) Força de trabalho: é composta pelos trabalhadores, os quais são responsáveis pela realização do transformar objetos para se atingir fins previamente estabelecidos; (4) Finalidade: visa satisfazer as necessidades e expectativas dos homens, no seu contexto social e histórico.

Partindo da perspectiva de Humanização como Política Pública de Saúde, entende-se o processo de trabalho como parte fundamental do serviço prestado ao usuário pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Brasil (2010), o processo de trabalho nos serviços de saúde possibilita a identificação de pontos críticos e a elaboração de estratégias de intervenção para os mesmos, através de uma abordagem mais eficaz e integral.

A humanização, conceituada pelo Ministério da Saúde através da Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) em 2003, constitui-se basicamente na inclusão dos usuários no SUS; Em outras palavras, trata-se de uma prática social ampliadora dos vínculos de solidariedade e co-responsabilidade, nos espaços da gestão, do cuidado e da formação, de pessoas e coletivos (BRASIL, 2010).

A partir destes três pilares (deficiência, processo de trabalho e humanização), este estudo pretendeu conhecer como acontece o processo de trabalho no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR).

Dessa forma, tem-se como pergunta norteadora do estudo: **“Como é o processo de trabalho dos funcionários do CCR na assistência à pessoa com lesão medular?”**. A partir desta questão foi delineado o objetivo de compreender o processo de trabalho em reabilitação.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, desenvolvido por acadêmicas da 8ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina durante o período da disciplina “Estágio Supervisionado II”. O estágio foi realizado no segundo semestre de 2012, em um Centro de Reabilitação referência para o estado de Santa Catarina na área de reabilitação e confecção de órteses e próteses via SUS.

Escolheu-se trabalhar com triangulação de dados, a fim de se compreender o processo de trabalho em reabilitação pela percepção de quem cuida e de quem é cuidado. Ou seja, os dados a serem triangulados partiram das informações coletadas nas entrevistas com profissionais e usuários, bem como, a partir de observação sistemática e análise documental dos prontuários dos usuários entrevistados. Tal técnica visa ampliar a compreensão, uma vez que, utiliza três formas de abordagem (TRIVIÑOS, 1995).

Participaram deste estudo os trabalhadores e os usuários com lesão medular participantes do programa de reabilitação do Centro Catarinense de Reabilitação.

Em relação aos trabalhadores, fizeram parte todos os envolvidos no programa de reabilitação voltado à pessoa com lesão medular, independente do nível de formação/categoria profissional. Não participaram da pesquisa os trabalhadores que não estavam presentes no CCR no momento destinado à realização das entrevistas. Assim como, a categoria profissional que possui mais de um profissional e o profissional não era o mais antigo no serviço. Mediante explicação do projeto e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os funcionários foram convidados, em reunião, a participar da pesquisa. A participação foi confirmada mediante leitura, esclarecimento e assinatura do TCLE. No TCLE dos trabalhadores consta a licença para a observação sistemática não participativa e para a realização da entrevista. Para manter o anonimato, os trabalhadores foram identificados pela letra “T”, seguindo a ordem em que foram entrevistados.

Os usuários constaram das pessoas com lesão medular participantes do programa de reabilitação. A amostra deu-se por conveniência, incluindo apenas os usuários com lesão medular residentes no município de Florianópolis, inseridos no programa de reabilitação. Os mesmos foram convidados a participar do estudo após consulta de enfermagem. A participação foi confirmada mediante leitura e assinatura do TCLE. No TCLE dos usuários consta a licença para a análise do prontuário e para a realização da entrevista. Para manter o anonimato, os usuários foram identificados pela letra “U”, seguindo a ordem em que foram entrevistados.

A coleta de dados deu-se através de entrevistas semi-estruturadas, observação sistemática não participante e análise documental.

Para a entrevista do trabalhador, foi utilizado um roteiro, no qual constam questionamentos sobre dados pessoais, tais como idade, sexo, escolaridade, profissão,

ocupação, estado civil, religião, tempo de formação, tempo de trabalho no CCR; informações essas, que objetivavam identificar o trabalhador que atuava junto à pessoa com lesão medular.

Para a entrevista do usuário, foi utilizado um roteiro com questionamentos sobre dados pessoais, tais como idade, sexo, escolaridade, profissão, ocupação, rendimento familiar mensal, estado civil, religião, causa da lesão, data da lesão, fase do programa de reabilitação em que se encontra; informações essas, que visaram identificar o usuário e as alterações decorrentes de sua lesão.

A análise documental foi realizada a partir dos prontuários das pessoas com lesão medular que foram entrevistadas. A investigação teve como prioridades as anotações individuais dos profissionais, organização do prontuário, interação entre os profissionais de diferentes áreas, encaminhamentos, letra legível, informações duplicadas, entre outras.

A observação do trabalho realizado pelos funcionários do CCR teve caráter sistemático não participativo e ocorreu no período de estágio. O estudo teve foco nas reuniões de equipe, nas consultas (profissionais de nível superior), além de observação dos profissionais que contribuem indiretamente para o processo de reabilitação, profissionais de serviços gerais e marcenaria.

Os dados foram analisados seguindo a análise de dados proposta por Minayo, Deslandes & Gomes (2009). Há diversas maneiras para se analisar conteúdos de materiais de pesquisa, todavia, utilizamos a análise temática, pois nela, leva-se em conta o tema.

Dentre os procedimentos metodológicos utilizados na análise de conteúdo, usou-se os seguintes: (1) categorização, (2) inferência, (3) descrição e (4) interpretação (MINAYO, DESLANDES & GOMES, 2009).

Em seguida, analisamos as entrevistas dos trabalhadores e usuários, o roteiro da análise dos prontuários e o roteiro da observação dos trabalhadores, objetivando encontrar as semelhanças entre as partes. Em uma análise, *“o propósito é ir além do descrito, fazendo uma decomposição dos dados e buscando as relações entre as partes que foram decompostas”* (MINAYO, DESLANDES & GOMES, 2009).

Posteriormente, descrevemos, fielmente, as falas dos trabalhadores e usuários. Em uma descrição, *“as opiniões dos informantes são apresentadas da maneira mais fiel possível, como se os dados falassem por si próprios”* (MINAYO, DESLANDES & GOMES, 2009).

Por fim, interpretamos os dados coletados a fim de compreender o processo de trabalho em reabilitação na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado. Em uma

interpretação, “*buscam-se sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado*” (MINAYO, DESLANDES & GOMES, 2009).

As Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, contidas na Resolução 196/1996, serão seguidas.

O seguinte estudo foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovado através do parecer número 128.520 em 22/10/2012.

Foi distribuído aos participantes da pesquisa, usuários e trabalhadores, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o qual continha esclarecimentos sobre o estudo e seus objetivos. Os participantes também foram informados quanto ao sigilo das informações fornecidas aos pesquisadores, as quais foram utilizadas somente nesta pesquisa e serão destruídas em cinco anos. Os pesquisadores deixaram os participantes com o poder de livre escolha, caso optassem em desistir da pesquisa, sem prejuízos.

Os trabalhadores foram informados da pesquisa, seus objetivos e o método de coleta de dados em seu horário de trabalho e os usuários foram informados da pesquisa, seus objetivos e o método de coleta de dados em consulta com a enfermagem.

A participação foi confirmada mediante leitura, esclarecimento e assinatura do TCLE. No TCLE dos usuários consta a licença para a análise do prontuário e para a realização da entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo são apresentados seguindo os objetivos específicos do mesmo: caracterização dos usuários com lesão medular atendidos no CCR; caracterização da equipe profissional do CCR que atua junto às pessoas com lesão medular; identificação dos aspectos do processo de trabalho que favorecem a reabilitação na percepção dos usuários e trabalhadores; e, identificação dos aspectos do processo de trabalho que dificultam a reabilitação na percepção dos usuários e trabalhadores.

Caracterização dos usuários com lesão medular atendidos no CCR (ANEXO II)

Foram entrevistados dez usuários com lesão medular participantes do programa, sendo todos do sexo masculino e com idade entre 16 a 42 anos. Sete são casados e três são solteiros. Seis possuem ensino fundamental incompleto, um possui ensino fundamental completo, um possui ensino médio incompleto, um possui ensino médio completo e um possui ensino superior incompleto.

As profissões foram diversificadas: colhedor de frutas, pintor, segurança, pedreiro, motorista de caminhão, mecânico, comerciante, caldeirista, inspetor de sinistro e o entrevistado de dezesseis anos ainda não tinha profissão. A ocupação atual dos entrevistados variou: perícia para aposentadoria (um), aposentado (seis), afastado por acidente de trabalho (um) e recebendo auxílio doença (um). Neste sentido, os achados de Costa, et al (2010) vêm de encontro aos nossos, pois dos dez participantes de sua pesquisa, sete participantes mantinham vínculo empregatício e os outros não exerciam nenhuma atividade profissional fixa; apenas um participante atuava nas atividades domésticas, entretanto, sem remuneração.

Quanto à religiosidade dos participantes, excetuando um, todos afirmaram ter uma religião: seis são católicos, dois evangélicos e um umbandista. Bampi, et al (2008), ao pesquisar qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática, evidenciou que as mesmas se apoiam em crenças pessoais, espiritualidades e religião. O que nos leva a pensar que a religião é utilizada como uma estratégia para o enfrentamento da nova situação de saúde.

No tocante à etiologia da lesão, quatro foram causadas por arma de fogo, sendo duas balas perdidas, uma por briga e uma por acidente de trabalho; duas foram causadas por queda; duas foram causadas por acidente de moto; uma foi causada por acidente de carro e uma por anestesia raquimedular. Schoeller, et al (2012) destacou em seu estudo o predomínio de ferimento por arma de fogo (FAF) e acidente de trânsito. Afirmou que as principais causas do trauma raquimedular são acidentes automobilísticos, queda, mergulho em águas rasas e violência. Os achados em nossos estudos evidenciam que o trauma é a principal causa de lesão medular e que é consequência da violência urbana.

O tempo da lesão variou de seis meses a nove anos. No que diz respeito ao nível da lesão: um foi lesionado ao nível C5, dois ao nível C7, um ao nível T5, um ao nível T7, um ao nível T10, um ao nível T11, um ao nível L5 e dois não sabiam informar.

Caracterização da equipe profissional do CCR que atua junto às pessoas com lesão medular (ANEXO III)

Dos 22 trabalhadores entrevistados, seis atuam na área administrativa, tendo pouco ou nenhum contato com o usuário. Um destes acrescenta às suas responsabilidades administrativas, gerência, o atendimento direto aos usuários, por ser fisioterapeuta e devido à demanda aumentada e consequente falta de profissionais, atende dois pacientes na hidroterapia. Os outros 16 trabalham diretamente com os usuários do CCR, não somente aqueles com lesão medular, lócus desta pesquisa.

Todos os trabalhadores realizaram ao menos o ensino médio completo. Destes, 14 são graduados, dentre os quais, seis mestres e um doutor. Tal realidade evidencia que a equipe tem capacitação formal para o exercício do trabalho de acordo com a função delegada.

O tempo de trabalho no CCR variou de um mês a trinta e um anos. Somente dois trabalham há menos de dois anos, 10 trabalham entre três a 10 anos e 10 trabalham há mais de 10 anos. Dos 22 entrevistados, três entrevistados já trabalharam em algum outro centro de reabilitação, o que demonstra que os mesmos iniciaram com pouca experiência prática no setor.

Outra característica interessante investigada foi quais os componentes que os trabalhadores consideraram como sendo os da sua equipe de trabalho. A humanização do atendimento do SUS, com a respectiva ampliação do objeto de trabalho pressupõe a realização do trabalho por equipes (CAMPOS & AMARAL, 2007). Dos entrevistados, 14 consideraram como fazendo parte de sua equipe de trabalho apenas aquela composta pelas pessoas do setor específico em que estão situados e oito consideraram todos os trabalhadores do CCR como sendo sua equipe de trabalho:

“Fisioterapeuta, médico, psicólogo, enfermeiro, educador físico, assistente social” TXII

“Fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social, medicina física e reabilitação, no dia-a-dia. Interações com a enfermagem, nutrição, ortopedista e neurologista são relações mais eventuais” TXXI

Ninguém mencionou a família como parte da equipe de trabalho. Tal achado evidencia limitações na percepção de equipe de reabilitação e de trabalho multiprofissional. Investigação realizada em um centro de reabilitação junto a trabalhadores da área de lesão medular sobre sua percepção acerca do trabalho em equipe encontrou resultados semelhantes,

nos quais os entrevistados associaram à sua equipe de trabalho aqueles trabalhadores mais próximos, especialmente os da mesma categoria profissional. Neste mesmo estudo somente um trabalhador (do total de 41) mencionou a família como parte da equipe de reabilitação (QUEIROZ & ARAUJO, 2009).

Identificação dos aspectos do processo de trabalho que favorecem a reabilitação na percepção dos usuários e trabalhadores

Finalidade do Processo de Trabalho

A realização de um processo de trabalho é regida primariamente por uma finalidade, segundo Faria, et al (2009), e a partir dela são estabelecidos os parâmetros e critérios do mesmo.

Deve-se destacar que, como todo processo de trabalho é regido pelos fins estabelecidos, a escolha e o estabelecimento desses fins ou objetivos são uma atividade de crucial importância. É aí que se localizam, mesmo que não explicitamente, as grandes questões sociais e de poder na determinação dos processos de trabalho (FARIA, et al, 2009, p. 22).

Como finalidade principal do processo de trabalho observado pelo estudo, tem-se a **reabilitação do usuário, de forma a garantir a sua independência**. O alcance da tal reabilitação ocorre a partir do trabalho multidisciplinar evidenciado no local da pesquisa. O itinerário terapêutico do usuário inicia-se com uma consulta pelo médico com especialidade em medicina física e de reabilitação, o qual realiza uma avaliação inicial de ingresso. Com base na avaliação são estipulados metas e objetivos do tratamento, bem como, são feitos os encaminhamentos para as diversas especialidades encontradas na instituição (fisioterapia, enfermagem, neurologia, cardiologia, ortopedia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, serviço social, psicologia e educação física). Durante o tratamento dos usuários no programa, são feitas reuniões semanais de equipe multidisciplinar, a fim de serem discutidos os casos mais relevantes.

A equipe multidisciplinar encontrada no centro de reabilitação do presente estudo inclui profissionais citados no Relatório Mundial Sobre Deficiência da OMS (2011), como os médicos; *“a medicina de reabilitação está relacionada com a melhoria funcional por meio do diagnóstico e tratamento de condições de saúde, redução de deficiências e prevenção ou tratamento de complicações”* (STUCKI, et al & GUTENBRUNNER, et al apud OMS, 2011,

p. 101). Além dos médicos, e não menos importantes, o Relatório Mundial Sobre Deficiência da OMS (2001) também cita outros profissionais responsáveis pela reabilitação através da terapia, a qual restabelece e compensa a perda de funcionalidade, bem como evita ou retarda a deterioração da funcionalidade em todas as áreas de vida da pessoa. *“Entre os terapeutas e profissionais de reabilitação incluem-se os terapeutas ocupacionais, técnicos de órteses e próteses, fisioterapeutas, psicólogos, auxiliares técnicos e em reabilitação, assistentes sociais e fonoaudiólogos”*. (OMS, 2011, p. 104).

“Equipes multidisciplinares podem trazer muitos benefícios à reabilitação dos pacientes” (OMS, 2011, p. 121).

Conforme o Relatório Mundial Sobre Deficiência da OMS (2011) existem algumas medidas terapêuticas que podem ser seguidas nas instituições de reabilitação, dentre elas o treinamento, exercícios e estratégias de compensação (garantidos pelos profissionais de medicina, fisioterapia, educação física, terapia ocupacional), educação (profissionais de todas as áreas, principalmente medicina e enfermagem, no que tange às atividades de vida diária, bem como a nutrição), apoio e aconselhamento (todos os profissionais do serviço), modificações no ambiente (tanto na própria instituição, quanto no domicílio, como rampas, barras de sustentação), disponibilização de recursos e tecnologia assistiva (muitos garantidos pela própria instituição, como as cadeiras de rodas e banho, órteses, próteses, dentre outros).

As medidas de reabilitação visam às funções e estruturas corporais, atividades e participação, fatores ambientais e pessoais. Elas contribuem para que a pessoa atinja e mantenha a funcionalidade ideal na interação com seu ambiente, utilizando os resultados abrangentes a seguir: prevenção da perda funcional; redução do ritmo de perda funcional; melhora ou recuperação da função; compensação da função perdida; manutenção da função atual (OMS, 2011, p. 99).

Ao iniciar o processo de reabilitação, os usuários entrevistados consideraram como objetivo principal, ou seja, finalidade do tratamento a recuperação da atividade motora: “voltar a andar”. Entretanto, no decorrer do acompanhamento, ampliaram o próprio conceito – que é individual – de reabilitação, considerando outros aspectos como sendo os mais importantes: vestir-se sozinho, mudar de decúbito sem auxílio, por exemplo. E por fim, perceberam que a objetivo principal do processo de reabilitação é a garantia da independência para as atividades de vida diária:

“Voltar a andar, mas depois percebi que me transferir da cadeira, me vestir sozinho é bom também. É o termo de reabilitação né? Claro que se pudesse voltar a andar também era bom né?” UVII.

A **finalidade** do trabalho é a razão pela qual ele é feito. Ela vai ao encontro da necessidade que o fez acontecer e que dá significado à sua existência. Se algo é feito

sem a consciência da necessidade humana que o gerou, não é trabalho. Mesmo quando o trabalho é parcelado, ainda assim, algum grau de consciência sobre o trabalho está presente (SANNA, 2007, p. 222).

Para Marx (1974) *“no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho”*. Na visão do profissional da instituição em que foi desenvolvido o estudo, o usuário caracteriza-se como objeto do processo de trabalho, sendo aquele que precisa ser transformado para que se alcance a finalidade.

Para Faria, et al (2009) *“Todo processo de trabalho se realiza em algum objeto, sobre o qual se exerce ação transformadora, com o uso de meios e em condições determinadas”*.

Entretanto, o “objeto”, ou seja, o usuário, também é um agente do processo de trabalho, o qual executa ações em conjunto aos agentes transformadores em prol de sua recuperação e reabilitação, pois se trata de uma pessoa, que como tal, não é passiva em suas relações.

Instrumentos do Processo de Trabalho

Os instrumentos de trabalho, ou meios de trabalho, constituem-se nos artefatos utilizados pelo homem – agente – no processo de trabalho para a transformação do objeto. Segundo Faria, et al (2009), tais instrumentos podem ser tanto máquinas, quanto ferramentas, equipamentos em geral; entretanto, em uma visão mais ampla, constituem-se de conhecimentos e habilidades desenvolvidas.

No decorrer da pesquisa, observou-se a presença de ambas as abordagens no processo de trabalho estudado.

“Nos casos de desnutrição se faz a orientação nutricional para o próprio paciente ou familiar, utilizando ou não suplementos nutricionais, fornecidos pela instituição, quando necessário. No caso de constipação intestinal, também orientação nutricional, e eventualmente utilização de suplementos de fibras fornecidos pela instituição. Nos casos de disfagia, da mesma forma. Nos casos de úlcera por pressão, também, orientação nutricional e suplemento caso necessário” TV.

“Temos uma pequena parcela de usuários com lesão medular. São pessoas que tem doença neuro-muscular (distrofia, TCE, por exemplo), que utilizam um aparelho para auxílio na respiração, chamado BIPAP - Synchrony. Nós somos um setor diferente dos demais setores do CCR, pois trabalhamos somente com aparelhos, mas não deixamos de auxiliar na reabilitação” TVI.

Os instrumentos de maquinaria e equipamentos incluem vários artefatos, dos quais podem ser citados: **computadores**, (incluindo os sistemas de informação) em que são feitos registros, pesquisas, marcação e agendamento de consultas, além de todo o serviço burocrático; **telefones**, pelos quais são feitos os contatos com os usuários, bem como a referência e contra-referência, comunicação interna; **equipamentos** específicos para a realização de sessões de fisioterapia; **piscina** para realização de hidroterapia; **estrutura física** dos consultórios e da instituição, adaptada à pessoa com deficiência; **material** de alto-custo para atendimento especializado (toxina botulínica, coberturas para feridas); **materiais auxiliares** incluindo as cadeiras de roda, de banho, órteses, próteses, sapatos ortopédicos, e demais aparatos ofertados pela instituição, através do programa Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção – OPMAL. Em casos em que não há a possibilidade de fabricar e fornecer o material ao usuário, a instituição faz licitações para credenciamento de empresas privadas da área, a fim de suprir suas necessidades. Mas, antes de encaminhar o usuário às empresas, a instituição deixa-o pronto para a colocação da prótese, o que requer preparo prévio.

O meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas, que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto. Ele utiliza as propriedades mecânicas, físicas, químicas das coisas, para fazê-las atuarem como forças sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira. A coisa de que o trabalhador se apossa imediatamente, - excetuados meios de subsistência colhidos já prontos, como frutas, quando seus próprios membros servem de meio de trabalho, - não é o objeto de trabalho, mas o meio de trabalho (MARX, 1974).

Ao encontro à fala de Marx (1974), o profissional do Centro de Reabilitação utiliza os meios de trabalho acima citados, conforme sua especialidade, para a obtenção da finalidade do processo de trabalho – reabilitar o usuário; é através do instrumento que ele se aproxima do objeto (usuário), na sua singularidade, proporcionando-lhe a “transformação”, ou adaptação.

Faria, et al (2009) afirma que *os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos.*

O profissional, além de utilizar dos instrumentos oferecidos pelo serviço de saúde, necessita de outros instrumentos não menos importantes, que constituem a segunda abordagem encontrada na pesquisa: conhecimento e habilidades.

Algumas pessoas com deficiência apresentam múltiplas condições de saúde e algumas destas podem envolver diversas funções e estruturas do organismo. Avaliação e tratamento, nesses casos, podem ser bastante complexos e, portanto,

necessitarão do conhecimento e da habilidade de especialistas (MONITORING THE UNITED NATIONS apud OMS, 2011, p. 60).

Dos profissionais entrevistados, oito não tem especialização em reabilitação ou curso de atualização; nove entrevistados concluíram cursos e atualizações que auxiliam no processo de trabalho, como curativos, trauma raqui-medular, reabilitação cardio-pulmonar, curso técnico de fabricação de órteses, osteopatia e pilates. Um número menor, quatro entrevistados, tem especialização específica em reabilitação, sendo todos de nível superior com contato direto com o usuário.

Além dos cursos de especialização e atualizações, o tempo de trabalho também influencia no serviço prestado ao usuário na instituição. Apesar de apenas quatro dos profissionais entrevistados conhecerem a realidade de outras instituições de reabilitação, os demais (que têm contato direto com o usuário) estão há pelo menos dois anos na instituição.

Segundo OMS (2011), é comum que os profissionais da saúde não tenham conhecimentos nem habilidades adequados para o atendimento às condições primárias, secundárias e comorbidades associadas à deficiência.

Entretanto, pela observação realizada na instituição, os profissionais representam conhecimento amplo e específico no que diz respeito à lesão medular, reabilitação, comorbidades relacionadas e possíveis alterações decorrentes da lesão. Tal constatação ficou evidente durante os atendimentos prestados aos usuários (acompanhados pelas pesquisadoras), nos quais os profissionais mantinham uma comunicação clara e simples quando com os usuários, e complexa e específica, quando em troca de informações com os outros profissionais após os atendimentos.

Dos profissionais entrevistados, 14 compartilham informações sobre o cuidado prestado ao usuário com outros profissionais do centro; dois relataram que às vezes compartilham, e três relataram que discutem principalmente em reuniões de equipe. Entre os setores, há discussão de casos pelos profissionais, como equipe (relatado por 12 entrevistados); mas notou-se a presença de inter-relação profissional, bem como trocas de informações intersetoriais, além de reuniões semanais de estudos de caso para discussão multidisciplinar, fechando com a proposta do Ministério da Saúde no que diz respeito à PNH e Clínica Ampliada. Seis dos profissionais disseram em suas falas que veem o usuário na sua integralidade, e o atendimento multidisciplinar é descrito e caracterizado por quatro entrevistados.

“Sim. Acho que isso é fundamental, pois é a partir dessa integração que podemos ter um trabalho transdisciplinar e mais eficaz. Temos poucos espaços, mas nesses, temos trocas muito importantes entre as áreas. Principalmente na neuroadulto. Temos reunião administrativa às terças-feiras e reunião técnica às quintas-feiras. Nesses momentos temos uma troca que possibilita a linguagem única e mais integrada” TXXI.

Três entrevistados compreendem que mesmo com trabalho burocrático e administrativo, contribuem para a reabilitação de pessoas com lesão medular, de modo que influenciam no processo de trabalho. Quatro profissionais entrevistados relataram que contribuem para a reabilitação da pessoa com lesão medular através do tratamento e prevenção de comorbidades desencadeadas pela lesão.

“Os pacientes com lesão medular, muitas vezes, apresentam problemas cardiovasculares. A cardiologia auxilia no treinamento e execução de exercícios para auxiliar a chegar num nível aeróbico adequado, bem como na própria parte clínica, como tratar hipertensão e demais comorbidades clínicas” TI.

“Diagnóstico e controle de comorbidades que possam atrapalhar o processo de reabilitação” TXX.

No Relatório Mundial Sobre Deficiência (2011) tem-se como qualidade de vida *um conceito abrangente, que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais das pessoas, e a relação com os fatores ambientais que as afetam* (OMS, 2011, p. 315). A melhora da qualidade de vida do usuário é ressaltada como contribuição importante por quatro entrevistados. Um dos entrevistados relata que auxilia na reabilitação através da avaliação da condição social do usuário, bem como dois outros entrevistados relataram contribuição através do suporte emocional.

Às vezes as finalidades são compartilhadas por trabalhos diferentes e é isto que dá o sentido de se trabalhar em equipe. O trabalho em saúde, por ser muito complexo e atender a necessidades vitais literalmente, é compartilhado por vários agentes. Em alguns momentos, os instrumentos de trabalho são os mesmos para diferentes profissionais, a finalidade é a mesma e o objeto a ser transformado pode até ser o mesmo, mas diferentes sempre são os métodos (SANNA, 2006, p. 222).

Os meios de trabalho, ou instrumentos de trabalho, utilizados na instituição onde foi realizada a pesquisa, caracterizam-se pela combinação dos equipamentos e máquinas com as habilidades e conhecimentos, mas, além disso, pelo compartilhamento e complementação do trabalho multidisciplinar. O trabalho em equipe apresenta-se como importante ferramenta no atendimento ao usuário, considerando-o na sua integralidade. A troca de informações entre os

profissionais é instrumento facilitador do processo de trabalho desenvolvido para a reabilitação do usuário com lesão medular.

Gestão do Processo de Trabalho

Acolhimento

Para a reflexão sobre esta categoria foram triangulados os dados coletados através da observação e das entrevistas com os usuários e com os profissionais de saúde.

O acolhimento oportuniza a criação do vínculo de confiança e compromisso entre os usuários, as equipes e os serviços prestados (BRASIL, 2010). Acolher é dar acolhida, hospedar, atender, receber, tomar em consideração (FERREIRA, 2009). De acordo com Brasil (2010), é nesse sentido, de “estar com” ou “estar perto de”, que o Ministério da Saúde quer afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da PNH do SUS.

No CCR, observamos que o acolhimento é realizado por todos os profissionais desde o primeiro contato. Durante as entrevistas com os usuários, quando esses foram questionados sobre quais profissionais foram importantes em sua reabilitação, o acolhimento prestado por todas as profissões foi lembrado:

“O atendimento é ótimo, eu gosto. Já me indicaram pra fazer em Curitiba, mas eu prefiro vir mais longe e ser bem atendido” UIX.

Entretanto, a enfermagem foi destacada como uma profissão que acolhe:

“Enfermagem, pelas conversas, esporros (quando não estamos seguindo o que elas te ensinam), paciência, carinho, porque elas fazem com gosto, sem cara feia” UVIII.

Backes (2008) destaca que o enfermeiro é o profissional que acolhe e articula as ações de saúde. Salaria que o enfermeiro é quem acolhe e identifica as necessidades e expectativas dos usuários, pela sua capacidade de interagir diretamente com o usuário, seus familiares e com a comunidade, além de promover a interação destes com todos os profissionais.

Quando questionamos ao funcionário III, que compõe a equipe de enfermagem, quanto à contribuição do seu trabalho para a reabilitação da pessoa com lesão medular, sentimos em suas palavras a diferença do acolhimento na vida dos usuários:

“Tento me colocar no lugar deles, mas só passando na pele é que sentimos realmente. Ensino-os e alerto-os de que passarão por preconceitos, mas tento ajudá-los a não desistir e não desanimar.

Tento ajudar com uma palavra de conforto. Com muitos pacientes tenho amizade. Às vezes, com uma pessoa fora de casa, eles conversam o que não conseguem falar em casa”.

A concepção do acolhimento, vinculada a outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Clínica ampliada e compartilhada

A Clínica Ampliada e Compartilhada é uma dessas propostas de mudança. Por sua vez, ela visa um novo modo de trabalhar, diferentemente das práticas tradicionais em saúde, que por diversas vezes, buscam e exclusão ao invés da inclusão. Sua proposta é a de articular e incluir as diferentes perspectivas e disciplinas para o atendimento das diferenças e particularidades (BRASIL, 2009).

No CCR, esse novo jeito de trabalhar já está sendo implantado. Observamos que o usuário recém-chegado, primeiramente consultará com a médica fisiatra, que por sua vez, encaminhará o usuário às demais especialidades, que, por conseguinte, poderão, se assim acharem necessário, encaminhar para as outras especialidades não requeridas pela médica fisiatra. Na fala do funcionário V, quando questionado sobre os profissionais que constituem sua equipe de trabalho, percebemos a visão interdisciplinar do mesmo com relação ao trabalho desenvolvido por ele no CCR:

"Por enquanto, respondo como ponto de referência para outros profissionais. Trabalho em conjunto com a fisioterapia, ortopedia, neuro, fisioterapia, enfermagem, psicologia, serviço social e nutrição. É o ponto forte da reabilitação, essa junção de disciplinas para o benefício do paciente".

Quando questionamos o usuário VI quanto aos profissionais que contribuíram para sua reabilitação, ele nos deixou claro que o trabalho interdisciplinar realmente acontece e que todos contribuíram para a sua reabilitação:

"Técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, fisiatra, até o porteiro, pois ele é quem me pegava no colo para passar para a cadeira".

A clínica ampliada considera fundamental ampliar seu “objeto de trabalho” (CAMPOS & AMARAL, 2007). O objeto de trabalho passa a ser certos estados ou condições pessoais ou sociais que deverão ser transformados (FARIA, et al, 2009). Para Campos & Amaral (2007) a medicina tradicional tem como objeto de trabalho as doenças, o tratamento

das doenças; por sua vez, para a clínica ampliada, haveria a necessidade de se ampliar esse objeto, agrupando a ele, além das doenças, os problemas de saúde, pois *“não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas”* (CAMPOS & AMARAL, 2007).

Práticas coletivas de gestão

A Clínica Ampliada e Compartilhada é uma das ferramentas de intervenção do Ministério da Saúde no NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), todavia, outras ferramentas podem ser utilizadas concomitantemente para apoiar o desenvolvimento do processo de trabalho (BRASIL, 2009). O Projeto Terapêutico Singular, por exemplo, *“é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas”* (BRASIL, 2009) para uma pessoa ou grupo, resultante da discussão da equipe interdisciplinar e usuário, podendo haver o apoio matricial (compartilhamento de saberes entre os profissionais) (BRASIL, 2009).

No CCR, tivemos a oportunidade de participar das reuniões de equipe que aconteciam uma vez por semana, às quintas-feiras. Os trabalhadores de todas as especialidades eram convidados a participar das reuniões: fisioterapia, enfermagem, neurologia, cardiologia, ortopedia, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, serviço social, psicologia e educação física. Nessas reuniões, decidia-se o ingresso dos usuários no programa de reabilitação e a alta dos mesmos. Os casos mais preocupantes eram discutidos e se formulava o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas a ser realizado com aquela pessoa. Quando perguntamos ao trabalhador XXI se ele compartilhava com outros profissionais do CCR questões relacionadas ao cuidado prestado ao usuário, notamos a importância dessas reuniões:

“Sim, em reuniões semanais sobre os pacientes, estudo de caso.”

O trabalhador III, respondendo a mesma pergunta, destaca a importância das reuniões semanais para os usuários:

“Sim, principalmente com a fisioterapeuta quando o paciente não está evoluindo no tratamento das úlceras de pressão. Geralmente os problemas são levados para o estudo de caso, e praticamente 90% dos problemas são resolvidos”.

Avaliação da assistência, indicadores da avaliação da assistência.

Buscando avaliar os serviços de saúde prestados pelo SUS, o Ministério da Saúde, desde 1998, desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). O qual se configura pela realização de uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto socorro, ambulatório e internação e aplicação, pelos gestores estaduais e municipais, de um roteiro técnico de avaliação em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, o qual considera a estrutura existente e os processos prioritários (BRASIL, 2012). Tal programa é uma ferramenta de apoio à Gestão do SUS no que diz respeito à qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS (BRASIL, 2012). A avaliação em saúde busca:

“avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade” (BRASIL, 2012).

No dia 1º de março deste ano, o Ministério da Saúde lançou o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS 2012), instrumento que visa avaliar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados no Brasil.

“Além de dar maior transparência ao quadro geral da oferta e da situação dos serviços de saúde, o IDSUS 2012 servirá de base para que os dirigentes dos três níveis – federal, estadual e municipal – tomem decisões em favor do aprimoramento das ações de saúde pública no país”, explicou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha (BRASIL, 2012).

A partir da análise de 24 indicadores, o IDSUS avalia o Sistema Único de Saúde. É importante salientar que, em função da grande diversidade (demográfica, cultural, socioeconômica, geográfica, etc.) das regiões brasileiras, não seria inteligente realizar uma classificação que apenas posicionasse, em ordem crescente ou decrescente, os municípios brasileiros. Por essa razão, para realizar uma avaliação adequada, a análise comparativa das notas do IDSUS deve ser feita por meio dos Grupos Homogêneos. Apenas dentro deles, por apresentarem características semelhantes entre si, é possível traçar um paralelo comparativo. (BRASIL, 2012).

Em nenhum dos nossos roteiros: roteiro entrevista usuário, roteiro entrevista trabalhador, roteiro análise prontuário e roteiro observação trabalhador; foi mencionada a existência de um roteiro de avaliação do atendimento pelo CCR. Todavia, observamos uma caixa de sugestões/reclamações em um dos corredores do CCR.

Buscando identificar a satisfação dos usuários em relação ao programa de reabilitação, perguntamos aos usuários, qual era a sua satisfação em relação ao programa de reabilitação, podendo-se responder: “muito insatisfeito”, “insatisfeito”, “satisfeito” e “muito satisfeito”;

seis usuários responderam “satisfeito” e quatro, “muito satisfeito”. Quando pedimos ao usuário VIII para justificar o porquê estava muito satisfeito, o mesmo respondeu-nos:

“Porque sempre fui tratado bem. O atendimento deles pra mim é nota 10. Todas as áreas que eu precisei aqui, eu fui bem tratado. São profissionais de verdade”.

Já ao usuário VI pedimos que justificasse o porquê estava satisfeito:

“Sempre me trataram bem, mas poderia ser melhor na questão de cirurgia e aparelhagem necessária (cadeira especializada). Só tenho a agradecer. Pra mim por enquanto tá bom”.

Identificação dos aspectos do processo de trabalho que dificultam a reabilitação na percepção dos usuários e trabalhadores

O Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011, em seu § 1º, art. 15, Capítulo III, determina: *“O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada”*. Todavia, não é o que acontece no CCR, posto que, o planejamento da saúde não seja realizado por todos os setores.

O prontuário dos usuários não é informatizado, é em papel, o que dificulta o desempenho do trabalho. Quando perguntamos ao trabalhador IX se ele costuma ler o prontuário previamente à realização do atendimento/registro, ele nos respondeu:

“Sempre que possível. Às vezes a gente não consegue acessar o prontuário, mas quando é possível, a gente corre atrás. Um fator dificultador é não ser prontuário eletrônico, que já existe na rede dos hospitais do estado e que ainda não chegou aqui o sistema, mas não é por falta de solicitação”.

Entretanto, o setor de enfermagem destaca-se no quesito planejamento, não segue nenhum protocolo, mas planeja algumas das suas atividades: faz mensalmente a escala de trabalho dos funcionários do setor; realiza mensalmente e anualmente o pedido de materiais e medicamentos; controla a distribuição dos medicamentos através de um arquivo do Excel criado para facilitar a visualização dos medicamentos disponíveis; e agenda seus atendimentos previamente através da Agenda do *Google* criada pelo setor para organizar seus atendimentos.

Contudo, não há uma reunião de planejamento anual e/ou mensal com todos os setores. O que dificulta a reabilitação.

Outro aspecto que dificulta a reabilitação é o acesso dentro do CCR. Em nossas observações notamos que muitos dos pacientes tetraplégicos, por não terem os movimentos finos das mãos, não conseguiam abrir as portas do ambulatório de enfermagem, pois as

maçanetas são de giro, o que dificulta o acesso dos mesmos. O usuário I, justificando o porquê estava satisfeito em relação ao programa de reabilitação, reforçou o que nós previamente já havíamos observado:

“Somente pela falta da adaptação dentro do CCR”.

Todos os usuários estavam satisfeitos com o atendimento prestado pelos funcionários, todavia, destacaram as dificuldades de acesso dentro do CCR e de aquisição de materiais:

“Sempre me trataram bem, mas poderia ser melhor em questão de cirurgia e aparelhagem necessária (cadeira especializada). Só tenho a agradecer. Pra mim por enquanto tá bom” UVII.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas com lesão medular atendidas no Centro Catarinense de Reabilitação são, predominantemente, homens jovens; sendo ferimento por arma de fogo e acidentes automobilísticos os principais causadores de lesão.

Todos os trabalhadores entrevistados concluíram, ao menos, o ensino médio. Apenas dois trabalham há menos de dois anos no CCR.

Mesmo o Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011, em seu § 1º, art. 15, Capítulo III, determinando que o planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos, o mesmo não ocorre no CCR, posto que não há reuniões mensais/anuais de planejamento. O setor de enfermagem se destacou neste ponto, pois planeja a escala de trabalho, o pedido de materiais e medicamentos e agenda suas consultas; todavia, nada protocolado. A falta de planejamento é um aspecto que dificulta o processo de trabalho, uma vez que, podem faltar materiais/medicamentos/entre outros, instrumentos do processo de trabalho.

Outro aspecto que dificulta o processo de trabalho é a estrutura física do CCR, posto que, na perspectiva de quem é cuidado, dificulta o acesso dentro das dependências do CCR. Um dos exemplos citados pelo usuário é a maçaneta de giro, obstáculo para os tetraplégicos.

Entretanto, concluímos que as dificuldades podem atrapalhar o processo de trabalho, todavia, não impedem que os usuários do CCR alcancem sua reabilitação.

O acolhimento e a clínica ampliada foram destacados como sendo aspectos do processo de trabalho que facilitam a reabilitação, na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado. O acolhimento aproxima a pessoa com lesão medular do seu processo de trabalho incentivando-a a se tornar sujeito da ação. A clínica ampliada e compartilhada busca resolver

os problemas trazidos pelos usuários articulando e incluindo todos os setores envolvidos na reabilitação.

Poucos são os estudos que abordam esta temática. Esperamos que este estudo contribua para as equipes que trabalham em reabilitação e inspire novos estudos para que essa temática seja aprofundada e o usuário, foco do nosso trabalho, seja mais bem atendido.

REFERÊNCIAS

BACKES, Dirce Stein. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 2008. 244 p. TESE (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Curso de Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 2008.

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; LIMA, David Duarte. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2008, vol.11, n.1, pp. 67-77. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100006>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2010. 43 p. (Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. **IDSUS – índice de desempenho do sistema único de saúde: grupos homogêneos caracterização e agrupamento dos municípios segundo semelhança**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38675>. Acesso em: 13 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. **IDSUS – índice de desempenho do sistema único de saúde: lista dos indicadores que compõem o índice**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38678>. Acesso em: 13 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério avalia qualidade dos serviços de saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4390/162/ministerio-avalia-e-monitora-acesso-e-qualidade-dos-servicos-de-saude.html>>. Acesso em: 07 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Óbitos por causas externas - Brasil**. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília, 2001. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde**. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=33767&janela=2>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos humanizaSUS: formação e intervenção**. Brasília, 2010. 242 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

COSTA, Viviane de Souza Pinho; MELO, Marcia Regina Antonietto Costa; GARANHANI, Mara Lúcia; FUJISAWA, Dirce Shizuko. Social Representations of the Wheelchair for People with Spinal Cord Injury. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2010, vol.18, n.4, pp. 755-762. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 26 nov. 2012.

FARIA, Horácio Pereira de; WERNECK, Marcos A. Furquim; SANTOS, Max André dos; TEIXEIRA, Paulo Fleury. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon). **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Míni Aurélio: O dicionário da língua portuguesa**. 7. ed. Curitiba: Positivo, 2009. 895 p.

MARTINS, Lilia Pinto. Definições. In: RESENDE, Ana Paula Crosara de; VITAL, Flavia Maria de Paiva (Org.). **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília: Secretaria Especial Dos Direitos Humanos, 2008. p. 28-30.

MARX, Karl. (aut.); MARTINS, J. Teixeira (trad); MOREIRA, Vital (trad). **O Capital**. Coimbra: Sarl, 1974. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/index.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora. **Envelhecimento e deficiência**. Brasília: LetrasLivres, 2004. 8 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 108 p.

MUROFUSE, Neide Tiemi; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon; MUZZOLON, Arlene Benini Fernandes; NICOLA, Anair Lazzari. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, p.17-20, maio/jun. 2009.

OMS. Governo do Estado de São Paulo. Organização Mundial da Saúde (Org.). **Relatório mundial sobre a deficiência**; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo, 2011. 333 p.

QUEIROZ, Elizabeth; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde**. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 2009, vol.19, n.43, pp. 177-187. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 nov. 2012.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO (Brasil). **Mapa da morbidade por causas externas**: Apresentação. Disponível em: <<http://www.sarah.br/>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

SANNA, Maria Cristina. **Os processos de trabalho em enfermagem**. *Rev. bras. enferm.* 2007, vol.60, n.2, pp. 221-224.

SCHOELLER, Soraia Dornelles; BORGES, Ana Maria Fernandes; BRIGNO, Paula; KUHNEN, Adriana Eich. Know for care: characteristics of the people with spinal cord injury treated at a rehabilitation center. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, América do Norte, 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1829>. Acesso em: 26 Nov. 2012.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por trabalhar junto ao grupo (Re)Habilitar desde o segundo semestre do ano de 2009 e por participar do grupo Práxis, o qual possui como linha de pesquisa o processo de trabalho em saúde e a organização do trabalho, optei por desenvolver meu TCC na área de gestão em reabilitação.

A entrada da Ana na execução do meu projeto de TCC foi enriquecedora. Trabalhar com ela foi extremamente agradável, partilhamos nossos saberes e construímos juntas, novos saberes.

Luana Maria Bento

Conseguimos conciliar de forma prazerosa o Estágio Supervisionado II e a coleta de dados do TCC devido à nossa supervisora Ana Maria Petters, pois com muita dedicação, conhecimento e carinho, preocupava-se com nosso estágio, TCC e vida pessoal. Contamos também com o carinho e conhecimento das enfermeiras Flávia Brito e Adriana Tholl; e técnica de enfermagem Flávia Teixeira; em nosso dia-a-dia. As médicas fisiatras Patrícia e Cristiane também participaram do nosso crescimento intelectual, partilhando seus saberes nas consultas de aplicação de toxina botulínica e consultas de avaliação de ingresso.

O vínculo que criamos com os usuários foi recompensador. Éramos tratadas como se fôssemos enfermeiras do setor, pois, graças à confiança depositada em nós pela equipe de enfermagem, medicávamos, fazíamos curativos e geríamos o setor de enfermagem, sozinhas.

Saboreamos nosso TCC em todos os momentos. A professora Soraia e o professor Jorge nos davam liberdade para colocar nossas ideias, corrigiam-nos, quando necessário, e trabalhavam conosco para alcançarmos nossos objetivos.

Encontramos dificuldades para entrevistar os usuários, pois muitos agendavam um horário conosco, entretanto faltavam à entrevista. Todavia, os trabalhadores do CCR foram extremamente solícitos. Nenhum se recusou a participar e como estávamos diariamente no CCR, conseguimos entrevistar todos os trabalhadores que precisávamos.

Estamos felizes com a conclusão do nosso TCC, pois conseguimos alcançar os objetivos do estudo: caracterizamos usuários e trabalhadores do CCR e identificamos aspectos

do processo de trabalho que dificultam e aspectos que facilitam a reabilitação, na perspectiva daqueles que mais entendem do assunto, seja por trabalhar ou por viver.

7. REFERÊNCIAS

BACKES, Dirce Stein. **Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora**. 2008. 244 p. TESE (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Curso de Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 2008.

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; LIMA, David Duarte. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2008, vol.11, n.1, pp. 67-77. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000100006>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2010. 43 p. (Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. **IDSUS – índice de desempenho do sistema único de saúde**: grupos homogêneos caracterização e agrupamento dos municípios segundo semelhança. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38675>. Acesso em: 13 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. **IDSUS – índice de desempenho do sistema único de saúde**: lista dos indicadores que compõem o índice. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38678>. Acesso em: 13 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério avalia qualidade dos serviços de saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4390/162/ministerio-avalia-e-monitora-acesso-e-qualidade-dos-servicos-de-saude.html>>. Acesso em: 07 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Óbitos por causas externas - Brasil**. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília, 2001. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde**. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=33767&janela=2>. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos humanizaSUS: formação e intervenção**. Brasília, 2010. 242 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 849-859. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

COSTA, Viviane de Souza Pinho; MELO, Marcia Regina Antonietto Costa; GARANHANI, Mara Lúcia; FUJISAWA, Dirce Shizuko. Social Representations of the Wheelchair for People with Spinal Cord Injury. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2010, vol.18, n.4, pp. 755-762. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 26 nov. 2012.

FARIA, Horácio Pereira de; WERNECK, Marcos A. Furquim; SANTOS, Max André dos; TEIXEIRA, Paulo Fleury. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFGM (Nescon). **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Míni Aurélio: O dicionário da língua portuguesa**. 7. ed. Curitiba: Positivo, 2009. 895 p.

MARTINS, Lília Pinto. Definições. In: RESENDE, Ana Paula Crosara de; VITAL, Flavia Maria de Paiva (Org.). **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília: Secretaria Especial Dos Direitos Humanos, 2008. p. 28-30.

MARX, Karl. (aut.); MARTINS, J. Teixeira (trad); MOREIRA, Vital (trad). **O Capital**. Coimbra: Sarl, 1974. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/index.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora. **Envelhecimento e deficiência**. Brasília: LetrasLivres, 2004. 8 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 108 p.

MUROFUSE, Neide Tiemi; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon; MUZZOLON, Arlene Benini Fernandes; NICOLA, Anair Lazzari. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, p.17-20, maio/jun. 2009.

OMS. Governo do Estado de São Paulo. Organização Mundial da Saúde (Org.). **Relatório mundial sobre a deficiência**; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo, 2011. 333 p.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.5, pp. 739-744.

QUEIROZ, Elizabeth; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde**. Paidéia (Ribeirão Preto) [online]. 2009, vol.19, n.43, pp. 177-187. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 nov. 2012.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO (Brasil). **Mapa da morbidade por causas externas**: Apresentação. Disponível em: <<http://www.sarah.br/>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

RESENDE, Ana Paula Crosara de; VITAL, Flavia Maria de Paiva (Org.). **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. 165 p.

SANNA, Maria Cristina. **Os processos de trabalho em enfermagem**. *Rev. bras. enferm.* 2007, vol.60, n.2, pp. 221-224.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Estado de Santa Catarina. **Plano operativo para a organização da rede de assistência à pessoa com deficiência física em Santa Catarina**. Florianópolis, 2008. 73 p.

SCHOELLER, Soraia Dornelles; BORGES, Ana Maria Fernandes; BRIGNO, Paula; KUHNEN, Adriana Eich. Know for care: characteristics of the people with spinal cord injury treated at a rehabilitation center. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, América do Norte, 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1829>. Acesso em: 26 Nov. 2012.

SIMÕES, Carlos Manuel Lopes. **Paraplegia**: prevalência, etiologia e processo de reabilitação. 2008. 105 f. Tese (Mestrado) - Universidade do Minho, Braga, 2008.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: Planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Ana Carolina Klein e Luana Maria Bento, acadêmicas da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, sob a orientação da professora Dra. Soraia Dornelles Schoeller e coorientação do professor Ddo. Jorge Lorenzetti, estamos desenvolvendo o trabalho de conclusão de curso intitulado: *“Processo de Trabalho em um Centro de Reabilitação: A perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado”*, com o objetivo de compreender o processo de trabalho realizado junto à pessoa com lesão medular.

Para isso, necessitamos de sua participação neste estudo, permitindo-nos acessar seu prontuário neste serviço, e também respondendo algumas perguntas a respeito desta temática. Sua participação é totalmente voluntária e suas informações serão usadas exclusivamente para o trabalho científico. Os resultados poderão ser publicados em revistas especializadas omitindo, contudo o seu nome. Sua participação nesta pesquisa também não lhe acarretará nenhum risco ou situação constrangedora e você poderá desistir a qualquer instante, sem qualquer risco ou revelação do fato. Informamos que ao participar desta pesquisa a Sra. (Sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o processo de trabalho junto às pessoas com lesão medular que poderão auxiliar profissionais de saúde e outros usuários do serviço. Toda esta pesquisa está baseada na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As informações fornecidas estarão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da

Saúde. Sua colaboração será através do fornecimento de informações em respostas à aplicação de instrumento, por uma das pesquisadoras citadas acima, que será iniciada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados far-se-á apenas pelas pesquisadoras, orientadora e coorientador. Estamos então lhe convidando para fazer parte da pesquisa e assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchendo os dados abaixo:

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e acessarem meu prontuário neste serviço para o estudo da pesquisa intitulada: *“Processo de Trabalho em um Centro de Reabilitação: A perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado”*.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a orientadora responsável através do telefone: (48)8842-6543 ou e-mail: soraia@ccs.ufsc.br, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário.

Afirmo que aceitei participar por vontade própria, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que poderei me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Florianópolis, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do(a) participante: _____

Impressão digital: _____

Assinatura do pai e/ou responsável (em caso de participante menor de 18 anos): _____

Assinatura das pesquisadoras: _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FUNCIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Ana Carolina Klein e Luana Maria Bento, acadêmicas da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, sob a orientação da professora Dra. Soraia Dornelles Schoeller e coorientação do professor Ddo. Jorge Lorenzetti, estamos desenvolvendo o trabalho de conclusão de curso intitulado: *“Processo de Trabalho em um Centro de Reabilitação: A perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado”*, com o objetivo de compreender o processo de trabalho realizado junto à pessoa com lesão medular.

Para isso, necessitamos de sua participação neste estudo, permitindo-nos que observemos seu trabalho junto às pessoas com lesão medular e com seus colegas e respondendo algumas perguntas a respeito desta temática. Sua participação é totalmente voluntária e suas informações serão usadas exclusivamente para o trabalho científico. Os resultados poderão ser publicados em revistas especializadas omitindo, contudo o seu nome. Sua participação nesta pesquisa também não lhe acarretará nenhum risco ou situação constrangedora e você poderá desistir a qualquer instante, sem qualquer risco ou revelação do fato. Informamos que ao participar desta pesquisa a Sra. (Sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o processo de trabalho junto às pessoas com lesão medular que poderão auxiliar profissionais de saúde e outros usuários do serviço. Toda esta pesquisa está baseada na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As informações fornecidas estarão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Sua colaboração será através do fornecimento de informações em respostas à aplicação de instrumento, por uma das pesquisadoras citadas acima, que será iniciada a partir da assinatura desta autorização. O

acesso e a análise dos dados coletados far-se-á apenas pelas pesquisadoras, orientadora e coorientador. Estamos então lhe convidando para fazer parte da pesquisa e assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchendo os dados abaixo:

Eu, _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e observado para o estudo da pesquisa intitulada: *“Processo de Trabalho em um Centro de Reabilitação: A perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado”*.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a orientadora responsável através do telefone: (48)8842-6543 ou e-mail: soraia@ccs.ufsc.br, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário.

Afirmo que aceitei participar por vontade própria, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que poderei me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Florianópolis, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do(a) participante: _____

Impressão digital: _____

Assinatura do pai e/ou responsável (em caso de participante menor de 18 anos): _____

Assinatura das pesquisadoras: _____

APÊNDICE C - ROTEIRO ENTREVISTA USUÁRIO

ROTEIRO ENTREVISTA USUÁRIO

1. Identificação

Nome:

Idade: Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

Ocupação:

Rendimento familiar mensal:

Estado Civil:

Religião:

2. Características da lesão medular

- a) Qual a causa da lesão?
- b) Há quanto tempo está lesionado?
- c) Qual o nível e classificação da lesão?
- d) Pratica alguma atividade física/esportes?
- e) Necessitou de alguma adaptação em sua residência?

3. Usuário no programa de reabilitação do CCR

- a) Como chegou ao CCR? (Itinerário)
- b) Como conheceu o programa?
- c) Em que fase do programa está?
- d) Participou de outros programas relacionados à reabilitação?
- e) Quais são os seus objetivos, relacionados à reabilitação, a serem desenvolvidos durante esse programa? Algum deles já foi alcançado? Qual?
- f) Quais profissionais contribuíram para a sua reabilitação?
- g) Quais são, em sua opinião, os pontos fortes do programa?
- h) Quais são, em sua opinião, os pontos fracos do programa?

- i) Qual é a sua satisfação em relação ao programa de reabilitação? (Muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito ou muito satisfeito).
- j) Justifique a questão i.

APÊNDICE D - ROTEIRO ENTREVISTA TRABALHADOR

ROTEIRO ENTREVISTA TRABALHADOR

1. Identificação

Nome:

Idade: Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

Ocupação:

Estado Civil:

Religião:

2. Características profissionais

- a) Há quanto tempo está formado? Possui especialização relacionada à reabilitação?
- b) Há quanto tempo trabalha no CCR? Já trabalhou em algum outro centro de reabilitação?
- c) Quantos usuários atende por dia?
- d) Quais profissionais constituem sua equipe de trabalho?
- e) Há interação entre os profissionais do CCR? Com qual profissional mais interage? Por quê?
- f) Qual a contribuição do seu trabalho para a reabilitação da pessoa com lesão medular?

3. Registros, programa de reabilitação e processo de trabalho

- a) Quais os registros e encaminhamentos pelos quais é responsável?
- b) Costuma ler o prontuário previamente à realização do atendimento/registro?
- c) Há registros de outros profissionais que lhe são de interesse prático?
- d) O que você entende por Processo de Trabalho?
- e) Qual é o seu entendimento por Clínica Ampliada?
- f) O que você entende por Gestão participativa? Ela acontece no CCR?
- g) Quais as potencialidades e quais as fragilidades do trabalho no CCR?
- h) Os recursos disponíveis para a execução do processo de trabalho são suficientes?
- i) A equipe se sente preparada para a execução do processo de trabalho?

- j) Qual a finalidade do trabalho de sua equipe no CCR? Como é definida?
- k) Existe um fluxograma de atendimento? Você poderia descrevê-lo?
- l) Há reuniões de planejamento? Qual a periodicidade?
- m) Há uma metodologia de trabalho? Você poderia descrevê-la?
- n) Há um protocolo clínico (diretrizes terapêuticas) desenvolvido no CCR? Você poderia descrevê-lo?
- o) Há sistemas informatizados? Quais? Você poderia descrevê-lo?
- p) Existe avaliação do atendimento? Como é realizada? Quem transcreve essa avaliação? Qual a periodicidade?
- q) Quais são os processos assistenciais?
- r) Quais são os processos administrativos?

APÊNDICE E - ROTEIRO ANÁLISE PRONTUÁRIO

ROTEIRO ANÁLISE PRONTUÁRIO

- a) De que forma o prontuário do usuário é organizado? Há sequência?
- b) Quais os profissionais que registram no prontuário?
- c) Quais os registros pelos quais cada profissional é responsável?
- d) Quais os encaminhamentos pelos quais cada profissional é responsável?
- e) Há exames anexos ao prontuário? Quais?
- f) Há interlocução entre os profissionais? Quais?
- g) Qual é o tempo médio de acompanhamento dos participantes do programa?
- h) Há sistema de referência e contra-referência? De que forma ocorre?

APÊNDICE F - ROTEIRO OBSERVAÇÃO TRABALHADOR

ROTEIRO OBSERVAÇÃO TRABALHADOR

- a) De que forma o prontuário do usuário é organizado? Há sequência?
- b) Quais os profissionais que registram no prontuário?
- c) Quais os registros pelos quais cada profissional é responsável?
- d) Quais os encaminhamentos pelos quais cada profissional é responsável?
- e) Há leitura prévia do prontuário antes de realizar o registro?
- f) Como funciona o processo de trabalho no CCR?
- g) Qual a finalidade do processo de trabalho no CCR? Como é definida?
- h) O processo de trabalho tem relação com a proposta de Clínica Ampliada?
- i) Quais as potencialidades e quais as fragilidades do trabalho no CCR?
- j) Os recursos disponíveis para a execução do processo de trabalho são suficientes?
- k) A equipe se sente preparada para a execução do processo de trabalho?

9. ANEXOS

ANEXO I - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO: A PERSPECTIVA DE QUEM CUIDA E DE QUEM É CUIDADO

Pesquisador: soraia dornelles schoeller

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07129812.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 128.520

Data da Relatoria: 22/10/2012

Apresentação do Projeto:

O Projeto (CAAE: 07129812.1.0000.0121) intitula-se PROCESSO DE TRABALHO EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO: A PERSPECTIVA DE QUEM CUIDA E DE QUEM É CUIDADO, subsidia um projeto de TCC vinculado ao Curso de Graduação em Enfermagem (CCS) da UFSC, é orientado pela Profa. Dra. Soraia Dornelles Schoeller, tendo como Instituição co-participante o Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina.

Trata-se de um estudo de casos, com abordagem qualitativa, desenvolvido por duas acadêmicas da 8ª fase do curso de graduação em Enfermagem da UFSC durante o período da disciplina 'Estágio Supervisionado II'. O estágio será realizado no segundo semestre de 2012 nas dependências do CCR, um Centro de Reabilitação de referência para Santa Catarina na área de reabilitação e confecção de órteses e próteses via SUS.

Os dados a serem triangulados no estudo partirão das informações coletadas nas entrevistas com uma amostra de dez (10) profissionais e dez (10) usuários, bem como, a partir de observação sistemática e análise documental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender o processo de trabalho realizado junto à pessoa com lesão medular.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Beirro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Objetivo Secundário:

- Identificar os elementos do processo de trabalho em reabilitação no CCR;
- Caracterizar a equipe profissional do CCR que atua junto às pessoas com lesão medular;
- Identificar aspectos do processo de trabalho que favorecem a reabilitação na percepção dos usuários e trabalhadores;
- Identificar aspectos que dificultam o processo de trabalho na percepção dos usuários e trabalhadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proponente argumenta que o presente estudo não apresenta Riscos aos sujeitos de estudo, uma vez que não é experimental, e os preceitos éticos de anonimato e garantia de não malefício estão assegurados. No entanto, a Relatoria do CEP considera a existência de riscos, ainda que mínimos, aos participantes, principalmente no que concerne aos pacientes.

Com efeito, como consta na página 9 do projeto de pesquisa apresentado, os indivíduos que sofrem traumatismo medular, estão potencialmente sujeitos a um descontrole fisiológico e consciente do corpo, ou de partes do corpo, devido à interrupção dos impulsos nervosos sensoriais e motores entre as estruturas cerebrais centrais e os locais abaixo do nível da lesão. Dentre as principais deficiências que acompanham o traumatismo, estão a paralisia e a perda de sensibilidade abaixo do nível da lesão. Tais alterações desencadeiam inúmeras disfunções para o indivíduo, incluindo alterações vesicais, intestinais, sexuais e controle de temperatura. Estas alterações vão provocar o aparecimento de inúmeras disfunções no indivíduo, provocando um impacto psicológico e emocional desgastante (Simões, 2008, p. 4). Ou seja, esses participantes podem ser considerados como susceptíveis.

A proponente prevê como Benefícios, a melhoria do processo de trabalho em reabilitação; a melhoria na qualidade do atendimento à pessoa com lesão medular e a consolidação da humanização do atendimento. Além disso, situa a contribuir do estudo para pesquisas em reabilitação, especialmente no segmento de gestão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo seguirá o seguinte itinerário, a fim de realizar a investigação sobre o processo de trabalho realizado em reabilitação no CCR (SC):

1. Contato com o campo de estudo e apresentação da proposta;
2. Contato com os usuários e apresentação da proposta;

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

3. Entrevista com os usuários;
4. Coleta de dados documental;
5. Observação do processo de trabalho dos profissionais;
6. Entrevista com os profissionais.

A população alvo consistirá dos funcionários do Centro de Reabilitação e dos usuários do mesmo (pacientes) com lesão medular participantes do programa de reabilitação (em caso de impossibilidade de comunicação, serão entrevistados os familiares/cuidadores).

Em relação aos funcionários, participarão os envolvidos no programa de reabilitação voltado à pessoa com lesão medular que desejarem atuar no estudo, independente do nível de formação/categoria profissional.

Estão excluídos da pesquisa aqueles que não aceitarem participar da mesma ou que não estiverem trabalhando durante o período de coleta de dados. Em caso de haver mais de um profissional da mesma categoria, participará apenas o mais antigo do setor.

Mediante explicação do projeto e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), todos os funcionários serão convidados, em reunião, a participar da pesquisa. Os mesmos participarão caso aceitem e após assinatura do TCLE. Os usuários constarão das pessoas com lesão medular participantes do programa de reabilitação.

A amostra será definida por conveniência, incluindo-se apenas os usuários com lesão medular residentes no município de Florianópolis, inseridos no programa de reabilitação. Serão excluídos aqueles que não tiverem completado a etapa mínima definida pelo programa.

Os potenciais participantes serão convidados após consulta de enfermagem e mediante leitura, esclarecimento e aceitação do TCLE. No TCLE dos usuários constará a licença para a investigação nos prontuários dos mesmos e para a realização da entrevista.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- (1) Folha de rosto;
- (2) Formulário Projeto da Pesquisa (incluindo: Orçamento detalhado e Patrocinador, quatro modalidades de Instrumentos-Questionários da Pesquisa, e Cronograma de Execução);

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

(3) Projeto de pesquisa estruturado (TCC);

(4) TCLE;

(5) declaração de concordância da responsável na instituição co-participante (CCR, SC).

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com base no exposto e na análise dos documentos apresentados, os quais se encontram em conformidade com os termos da legislação vigente que trata dos princípios éticos para a participação de seres humanos em pesquisa, encaminho voto favorável à Aprovação do projeto de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Parecer foi colocado em discussão e Aprovado no Colegiado em 22/10/2012.

FLORIANOPOLIS, 23 de Outubro de 2012

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO II - QUADRO 1

Caracterização dos usuários participantes da pesquisa, segundo idade, sexo, escolaridade, profissão, ocupação, renda, estado civil, religião, causa da lesão, tempo da lesão, nível da lesão, Santa Catarina, 2012.

<i>Nome</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Ocupação</i>	<i>Renda (SM)</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Religião</i>	<i>Causa da lesão</i>	<i>Tempo da lesão</i>	<i>Nível da lesão</i>
UI	27	M	EFC	Mecânico	Aposentado	3	Solteiro	Católico	FAF	3 anos e 9 meses	C7
UII	42	M	EMC	Comerciante	Aposentado	4	Casado	Católica	Anestesia raquimedular	10 anos	NI
UIII	42	M	EFI	Pedreiro	Perícia para aposentadoria	6	Casado	Católico	Queda	9 meses	T7
UIV	19	M	EFI	Colhedor de frutas	Auxílio doença	1	Solteiro	Evangélico	Queda	2 anos e 5 meses	T5
UV	16	M	EFI	Sem profissão	Sem ocupação	2	Solteiro	Sem religião	FAF	6 meses	NI
UVI	32	M	ESI	Inspetor de sinistro	Afastado por acidente de trabalho	5 a 7	Solteiro	Católico	Acidente automobilístico	2 anos e 3 dias	T11
UVII	35	M	EMI	Caldeirista	Aposentado	1	Casado	Católico	FAF	7 anos	T10
UVII I	31	M	EFI	Segurança	Aposentado	2	Solteiro	Umbandista	FAF	1 ano	L5
UIX	38	M	EFI	Motorista de caminhão	Aposentado	2	Solteiro	Católico	Acidente automobilístico	9 anos	C5
UX	33	M	EFI	Pintor	Aposentado	7	Solteiro	Evangélico	Acidente automobilístico	6 anos	C7

Legenda: M= Masculino; EFI= Ensino Fundamental Incompleto; EFC= Ensino Fundamental Completo; EMI= Ensino Médio Incompleto; EMC= Ensino Médio Completo; ESI= Ensino Superior Incompleto; SM= Salário Mínimo; NI= Não informado.

ANEXO III - QUADRO 2

Caracterização dos trabalhadores participantes da pesquisa, segundo idade, sexo, escolaridade, profissão, ocupação, Santa Catarina, 2012.

<i>Trabalhador</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Profissão</i>	<i>Ocupação</i>
TI	36	M	Mestrado	Médico	Médico cardiologista
TII	46	F	Ensino Superior Completo	Enfermeira	Enfermeira - chefe do setor de enfermagem
TIII	41	M	Ensino Superior Incompleto	Funcionário público	Supervisor administrativo
TIV	49	F	Ensino Superior Completo	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta - reabilitação pediátrica
TV	56	F	Mestrado	Nutricionista	Nutricionista
TVI	54	F	Ensino Superior Incompleto	Técnico em atividades administrativas	Técnico em atividades administrativas
TVII	45	M	Ensino Médio Completo	Ortesista	Ortesista
TVIII	64	M	Ensino Superior Completo	Médico	Médico ortopedista
TIX	48	F	Mestrado	Enfermeira	Enfermeira - Chefe da divisão de serviço
TX	56	M	Ensino Médio Completo	Funcionário público	Técnico administrativo
TXI	33	F	Mestrado	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta respiratória
TXII	37	M	Mestrado	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta neuro-funcional
TXIII	39	F	Ensino Médio Completo	Técnico administrativo	Assistente gerencial
TXIV	51	F	Ensino Médio Completo	Massoterapeuta	Massoterapeuta
TXV	57	F	Ensino Superior Completo	Assistente social	Assistente social
TXVI	30	F	Ensino Médio Completo	Técnica de Enfermagem	Setor administrativo de Toxina Botulínica
TXVII	35	F	Mestrado	Médica	Médica
TXVIII	34	F	Ensino Médio Completo	Técnica de Enfermagem	Técnica de enfermagem
TXIX	47	F	Ensino Superior Completo	Fisioterapeuta	Gerente
TXX	50	M	Doutorado	Médico	Médico neurologista
TXXI	52	F	Ensino Superior	Psicóloga	Psicóloga

Completo					
TXXII	43	F	Ensino Superior Completo	Fisioterapeuta	Fisioterapeuta órtese-prótese

Legenda: F= Feminino; M= Masculino.